PARIJS

FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

163

THESE

ANNEE 1973 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplome d'Etat

par

DURIEUX Guy

né le 30 Mai 1947 à LAVAL (53)

Présentée et soutenue publiquement le 1973

UN DEPARTEMENT FRANCAIS FACE A SES BESOINS SANITAIRES ET SOCIAUX L'ILE DE LA REUNION

Président : Monsieur ALAGILLE, Professeur

ASSOCIATION REUNIONNAISE D'EDUCATION SANITAIRE ET SOCIALE

B.P. 1031 - 97400 StDenis

FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

THESE

ANNEE 1973

N°_____

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplome d'Etat

par

DURIEUX Guy

né le 30 Mai 1947 à LAVAL (53)

Présentée et soutenue publiquement le _____

UN DEPARTEMENT FRANCAIS FACE A SES BESOINS SANITAIRES ET SOCIAUX

L'ILE DE LA REUNION

Président : Monsieur ALAGILLE, Professeur

ASSOCIATION REUNIONNAISE D'EDUCATION SANITAIRE ET SOCIALE

B.P. 1031 - 97400 StDenis

DURIEUX Guy
712 M

année 1973

Faculté de Médecine Xavier Bichat

VU
et PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
DE L'ACADÉMIE DE PARIS

THESE DE DOCTORAT en Médecine

par

DURIEUX Guy
né le 30 Mai 1947 à LAVAL (53)

" UN DÉPARTEMENT FRANCAIS FACE A SES BESOINS SANITAIRES ET SOCIAUX : L'ILE DE LA RÉUNION "

INSTITUT LOUIS MALLET PARIS

Président : R. D. Abgille

DALY

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT PARIS VII

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A tous les enfants de la Réunion,

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544710_0005

Au Professeur Agrégé Roland BOUCHARD

Dans sa simplicité, sa cordialité et son esprit de recherche, il avait su nous communiquer un peu de son expérience et nous faire découvrir "le monde intérieur de l'enfant"

Sa mort prématurée l'a empêché de suivre jusqu'au bout ce travail qu'il avait accepté de parrainer.

Au Professeur Agrégé Daniel ALAGILLE

qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici notre reconnaissance et nos remerciements pour son accueil et ses conseils.

Au Docteur Michel TURQUET, Président et animateur de l'Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale qui a largement contribué à la réalisation de ce travail.

Nous lui en avons une immense reconnaissance.

A Soeur Colette, Médecin-chef de l'Hôpital d'enfants de Saint Denis.

A son contact quotidien pendant de longs mois, nous avons pu profiter de sa grande expérience et de sa connaissance de l'enfant réunionnais.

Au Docteur Dominique RABOUILLE, Médecin-chef de l'Hôpital d'enfants de Saint Denis.

Ses larges vues et son sens profond de l'enfant nous auront ouvert de nouveaux horizons et auront contribué à l'évolution de ce travail.

A mon Père,

Son expérience et son exemple d'une vie presqu' entièrement donnée à la Médecine générale n'auront pas été pour rien dans notre choix de la profession médicale et nous suivrons longtemps.

A ma mère,

A mes frèress et soeur,

A ma femme,

A mes beaux-parents

dont la Réunion est le pays.

P L A N

INTRODUCTION

Chapitre Premier : GEOGRAPHIE ET HISTOIRE

Chapitre Deuxième : POPULATION ET ECONOMIE

Chapitre Troisième : LE NIVEAU DE VIE

Chapitre Quatrième : LES CONDITIONS DE VIE

Chapitre Cinquième : L'AIDE SOCIALE

Chapitre Sixième : LA PATHOLOGIE

Chapitre Septième : L'EQUIPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL

Chapitre Huitième : ETUDE CRITIQUE

Chapitre Neuvième : UNE EXPERIENCE D'EDUCATION SANITAIRE ET SOCIALE : L'ARESS.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

Le travail que nous avons entrepris et réalisé en vue du Doctorat en Médecine est un aperçu général des problèmes sanitaires et sociaux à l'Ile de la Réunion.

Ce travail ne se prétend en aucune façon exhaustif et bien des chapitres auraient mérité une étude plus approfondie des problèmes qui y sont traités. Nous avons préféré, quant à nous, aborder tous les principaux aspects de l'état sanitaire et social à la Réunion, tant ils sont étroitement intriqués les uns avec les autres, même si le survol est parfois un peu rapide.

Précisons tout de suite que l'auteur de ce travail ne se sentait absolument pas compétent pour se lancer dans une telle entreprise. Issu d'une vieille famille médicale où l'exercice de la médecine restait cantonné et se retranchait dans la relation intersubjective médecin-malade, il n'était pas au fait des aspects préventifs, économiques, sociaux de la Médecine. D'autre part, frais émoulu de la Faculté de Médecine, il n'était guère initié aux concepts d'épidémiologie, de sciences statistiques, de démographie ou d'économie médicales.

../..

Mais les circonstances ont été déterminantes. Il nous a été donné de faire le Service National dans le cadre de l'Aide Technique à la Réunion, d'octobre 1971 à janvier 1973, et deux éléments ont prévalu au choix du sujet de ce travail :

D'une part notre affectation à l'Hôpital d'enfants de Saint-Denis. Cet établissement privé à but non lucratif reçoit dans ses 165 lits tout une population enfantine originaire de presque toute l'île et qui constituait pour nous un champ d'observation très large tant pour la pathologie que pour l'étude du milieu.

D'autre part notre action au sein de l'Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale. Nous avons participé pendant ces quelques mois à la réalisation d'émissions radiophoniques d'éducation sanitaire et sociale.

Ainsi nous avons été amenés à aborder et à toucher du doigt des problèmes dépassant très largement notre stricte formation médicale. Peut-être en voudra-t-on au médecin de s'être aventuré sur un terrain qui n'est pas à priori le sien. Et pourtant notre sentiment profond, à la fin de cette expérience réunionnaise, est que la médecine ne peut plus s'isoler dans le silence ouaté du cabinet de consultation. Depuis quelques années déjà, sous la pression des pouvoirs publics, une prise de conscience s'effectue et de plus en plus les retombées économiques de la médecine interfèrent avec son libre exercice. Dans l'avenir, il est probable que sans cesse davantage les facteurs politiques, économiques et sociaux empièteront sur le terrain de la médecine. Il importe que chacun en ait une claire conscience.

Que ce travail trouve sa justification dans sa modeste contribution à cette évolution de la Médecine.

G E O G R A P H I E et H I S T O I R E

I) La Terre

II) Le Climat

III) L'Histoire

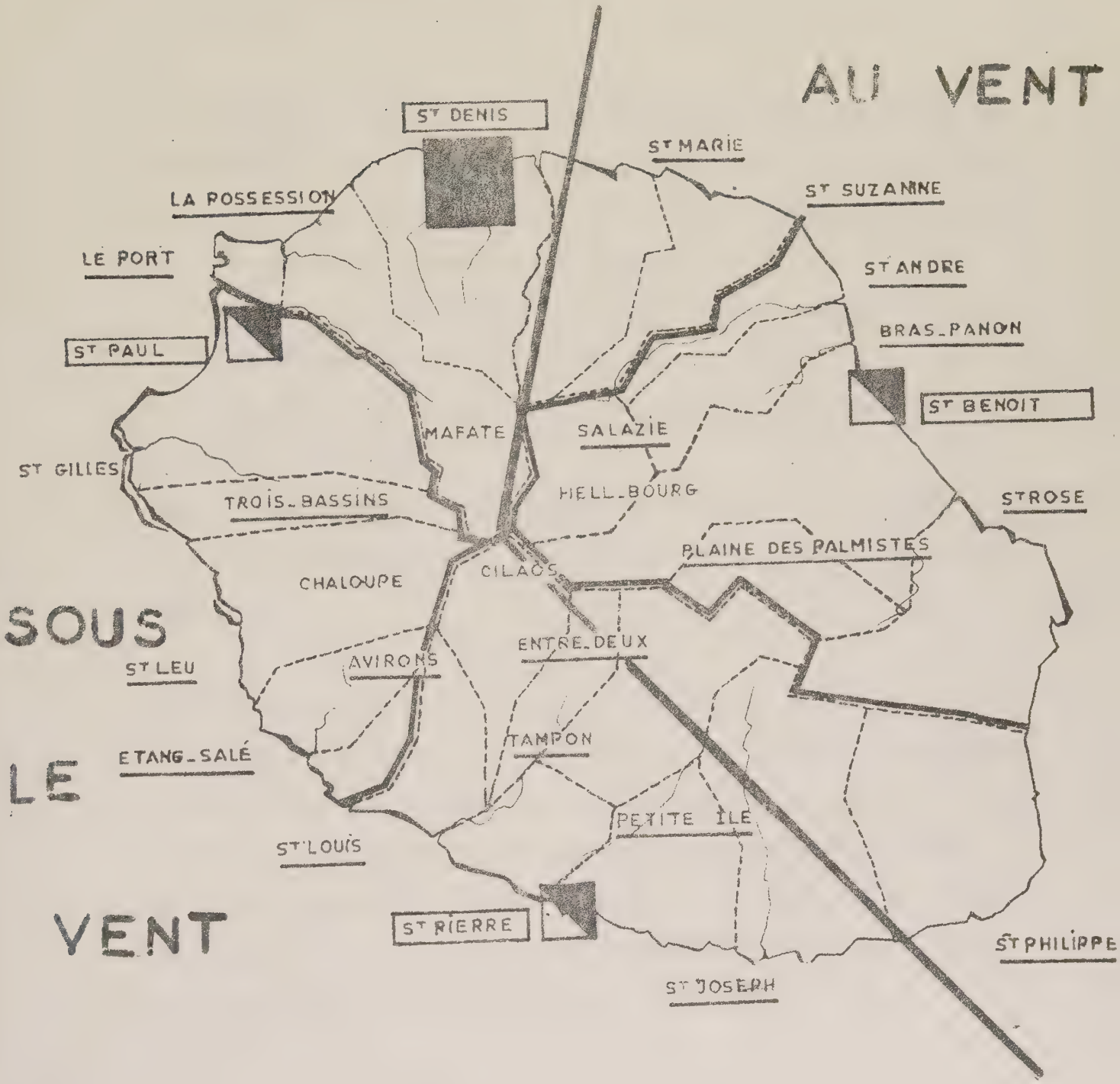
IV) Le Peuplement

CONCLUSION

DEPARTEMENT DE LA REUNION

1 PREFECTURE — 3 SOUS-PREFECTURES

24 COMMUNES



- Préfecture
- Sous-Préfecture
- Limite d'arondissement
- Limite de commune

I - L A T E R R E

21° de latitude Sud - 55° de longitude Est. Telles sont les coordonnées géographiques de l'Ile de la Réunion à Saint-Paul. Comme un vaisseau de Haut Bord, elle navigue sur l'Océan Indien, à 700 kms à l'Est de Madagascar et forme avec Maurice et Rodrigue l'archipel des Mascareignes.

Entièrement volcanique, Bourbon, comme on l'appelait autrefois, doit tout son être géographique à l'activité séculaire de son volcan.

Sa superficie n'excède pas la moitié de celle d'un petit département métropolitain (2500 kms^2).

Sur 50 kms de large et 80 de long, cette île rassemble des reliefs, des sites, des climats, des végétations qu'il est bien rare de rencontrer sur une aussi petite surface.

L'action conjugée de l'altitude (Piton des Neiges 3000 m) et de la latitude est responsable de cette variété extrême. Une heure de voyage vous fait passer de la gelée blanche aux torpeurs tropicales et vous fait découvrir tour à tour les déserts caillouteux de la haute montagne, les landes plantées d'ajoncs, l'or sombre des platanes en automne, des forêts quasi impénétrables, la nappe mauve ondoyant à l'infini sur les pentes basses des cannes à sucre en fleurs, les frondaisons exotiques et luxuriantes du bord de mer...

../..

II - L E C L I M A T

L'hiver, ou saison fraîche à faible pluviosité, dure de mai à novembre.

L'été, ou saison chaude à forte pluviosité, dure de novembre à avril. C'est la période des cyclones qui prennent naissance lorsque certaines conditions thermiques et dynamiques sont simultanément réunies.

Le facteur prépondérant du climat est le régime pluviométrique.

Une chaîne montagneuse orientée N-O-SE sépare l'île en deux climats fondamentaux :

- celui de la Zone du Vent, au Nord Est, avec une hauteur d'eau annuelle de 3 à 4 m ou plus.
- celui de la Zone Sous le Vent, au Sud Ouest, avec une hauteur d'eau annuelle de 1 à 1,50 m.

Ceci n'est pas sans intérêt pour le sujet de cette thèse et influe, en particulier, sur la répartition des parasitoses dans l'île. Ainsi, le pourcentage d'infection par Ankylostomes et Anguillules est notablement plus élevé dans les communes au Vent que dans les communes Sous le Vent, moins humides.

III - L'H I S T O I R E

Jusqu'au milieu du XVII, l'île était inhabitée, déserte et n'était connue que des navigateurs arabes ou européens.

Les tout premiers habitants de l'île furent des mutins envoyés sur l'île à titre d'exil vers 1645.

En 1665, l'île est cédée à la "COMPAGNIE DES INDES ORIENTALES" qui va organiser le début d'une vie sociale et économique. On fait venir des esclaves d'Afrique pour cultiver le café.

../..

Au cours du XVIIIº, BOURBON reçoit une administration du type métropolitain d'alors avec gouverneur et intendants tout puissants.

La Révolution, qui donne à l'île le nom abstrait de la REUNION, lui transmet la passion politique de la Métropole. Mais l'éloignement qui n'est pas propice à la contagion des idées et la coupure d'avec une Métropole engagée, sans marine, dans des guerres interminables, ne permettra pas au Mouvement Révolutionnaire d'atteindre beaucoup d'ampleur. La religion est respectée. Et le Gouvernement est le fait d'une petite classe vivant au milieu d'esclaves que tous seront d'accord pour ne pas libérer malgré les décrets de Paris.

Vient l'ère napoléonienne et ses guerres qui amènent l'occupation de BOURBON par les Anglais de 1810 à 1815. C'est sous leur administration qu'on s'applique sérieusement à la culture de la canne et à l'industrie sucrière.

En 1815 les Anglais cèdent l'île à la France. Ils conserveront Maurice, Rodrigue et les Seychelles.

1815-1848, l'Administration coloniale s'organise.

En 1848, est enfin réalisé l'affranchissement général de tous les esclaves.

Suit alors une période de grande prospérité : le sucre triomphe partout, mais cela sera de courte durée. Cyclones dévastateurs, grandes épidémies (choléra, paludisme), percement de Suez qui rend l'escale de BOURBON inutile, industrialisation de la production sucrière en Métropole vont entraîner une période de marasme économique et de troubles politiques sanglants.

Et c'est la IIIème République. L'organisation politique et administrative se rapproche de plus en plus du système métropolitain. L'immigration (chinois, indiens) se poursuit. Le sucre se développe.

../..

Enfin, en 1946-1947, la REUNION est pourvue d'un Statut de Département Français.

Nous ne voulons pas, dans ce travail, prendre position quant aux bienfaits ou aux méfaits de la Départementalisation. Mais il importe de souligner que faire de la REUNION un Département Français est certes lui apporter des moyens financiers et humains dont les manifestations concrètes sont incontestables, mais c'est aussi importer des structures et des concepts peut-être adaptés aux départements métropolitains et qu'il est nécessaire de repenser en fonction du contexte géographique, humain et social.

IV - LE PEUPLEMENT

Dans ce travail qui veut souligner l'intérêt et les difficultés d'une éducation sanitaire et sociale à la Réunion, il n'est sans doute pas inutile d'étudier rapidement le peuplement de cette île, véritable "melting pot".

Si, pour éduquer dans ce domaine là, il faut construire des W.C ou vacciner des enfants, il faut aussi changer les mentalités et les habitudes. Ainsi, dans le domaine de l'alimentation, il ne faut pas chercher à apprendre à tous à se nourrir de la même façon, ni vouloir imposer à une collectivité les habitudes alimentaires d'une autre collectivité, il faut au contraire aider les populations à se nourrir de la meilleure façon possible dans le cadre de leur milieu culturel et économique (1). Or, les habitudes alimentaires sont étroitement liées aux réactions sentimentales et culturelles d'un peuple et elles sont transmises de génération en génération par la formation sociale données aux jeunes. Il ne semble donc pas inopportun de faire un bref rappel des éléments ethniques, religieux et psychosociaux intervenus dans l'histoire du peuplement de l'île.

../..

De 1665, date à laquelle la Compagnie des Indes acquiert BOURBON, à 1715, l'île recueille une série de réfugiés et d'aventuriers disparates le plus souvent d'origine européenne.

Au XVIII°, c'est la grande époque du café. Le travail sous les Tropiques implique l'esclavage : Les "Noirs" viennent de l'Inde, de Madagascar, de Mozambique. Ce sont les premiers malabars, malgaches et cafres.

Au XIX°, on assiste à une relance du peuplement consécutif à une nouvelle culture, la canne à sucre. 68 000 habitants en 1815; 103 000 en 1848. Cet excédent vient d'un excédent de naissances, en particulier chez les Blancs, mais surtout de la traite qui continue plus ou moins clandestinement : on fait venir des cafres, des malgaches et des chinois, nouveaux venus dans l'île.

En 1848, c'est l'abolition de l'esclavage et les planteurs, plutôt que d'offrir un salaire convenable à leurs anciens esclaves, vont organiser une immigration massive "d'engagés" étrangers, peu difficiles sur les salaires. En 1860, un accord franco-anglais organise le recrutement officiel des Hindous : en 25 ans, 120 000 Indiens déferlent sur la Réunion. Ce sont les malabars. Le métissage devient inextricable. De 103 000 en 1848, le chiffre de la population passe à 200 000 en 1867. Cette ruée d'immigrants va rapidement poser le problème du surpeuplement auquel la misère actuelle est en grande partie redevable.

Par ailleurs, beaucoup de petits colons blancs, admettant mal de devoir faire eux-mêmes le travail fait auparavant par des esclaves, se sont réfugiés dans les "hauts" de l'île. Actuellement il persiste encore une répartition des races en fonction du relief et du climat :

- Beaucoup de blancs à l'intérieur de l'île, peu communicatifs, souvent miséreux.
- Indiens et Malabars groupés dans certaines grosses agglomérations : Saint-Denis, Saint-André...

../..

- Noirs et Métis plus nombreux sur le littoral.

Suit alors une période de recession économique dont nous avons souligné plus haut les causes. La démographie va se stabiliser.

Mais de 1875 à 1914, une nouvelle vague d'immigrants va arriver sur l'île :

- Chinois venus de Canton qui débarquent goutte à goutte et occupent peu à peu tous les magasins de détail d'alimentation.
- Des Indiens Musulmans du Goujerat, les "z'arabes" s'emparent du commerce des tissus.

Après la Grande Guerre et la reprise des affaires, on recherche de la main d'oeuvre et on fait appel à des Malgaches, des Somalis, des Mauritiens et des Rodriguais. La population atteint 225 000 en 1946, lors de la Départementalisation.

La coexistence de tant de races et de métissages se fait sans grand problème racial. La Réunion est peut-être le seul coin de terre où les gens de race et de religion différentes se sont habitués à vivre ensemble et dans la paix (15).

C O N C L U S I O N

Ainsi, dès l'abord, la Réunion apparaît comme une terre de contrastes :

- Relief compliqué et déchiqueté;
- climat agréable où alternent selon les mois et selon les heures chaleur et humidité, soleil et précipitations d'eau importantes, ciel d'azur et cyclones ravageurs;
- ethnies et populations originaires de trois continents.

P O P U L A T I O N et E C O N O M I E

I) Démographie

II) Economie

I - L A D E M O G R A P H I E

En 1946, l'île compte 226 000 habitants, en 1971 455 000 ! La population a doublé en 25 ans. Cet accroissement est "naturel" car le nombre des émigrants dépasse celui des immigrants :

Année	Entrée	Sorties	Solde
1968	31 837	32 779	- 942
1969	37 884	38 189	- 305
1970	47 946	49 206	- 1260
1971	58 068	60 345	- 2277

I) LA NATALITE - (Stat. Insee)

Le nombre des Nés-Vivants n'a cessé de croître de 1946 (9021) à 1965 (16 869). Depuis 1965, on assiste à une légère diminution des naissances, sans doute en rapport avec le développement (relatif) de la contraception.

			Taux
Nés vivants	1965	16 869	42,9 %
	1966	16 683	41,4
	1967	15 957	38,6
	1968	15 857	37,3
	1969	15 124	34,7
	1970	13 437	30,2
	1971	14 432	31,7

Le taux de natalité reste l'un des plus élevés du monde.

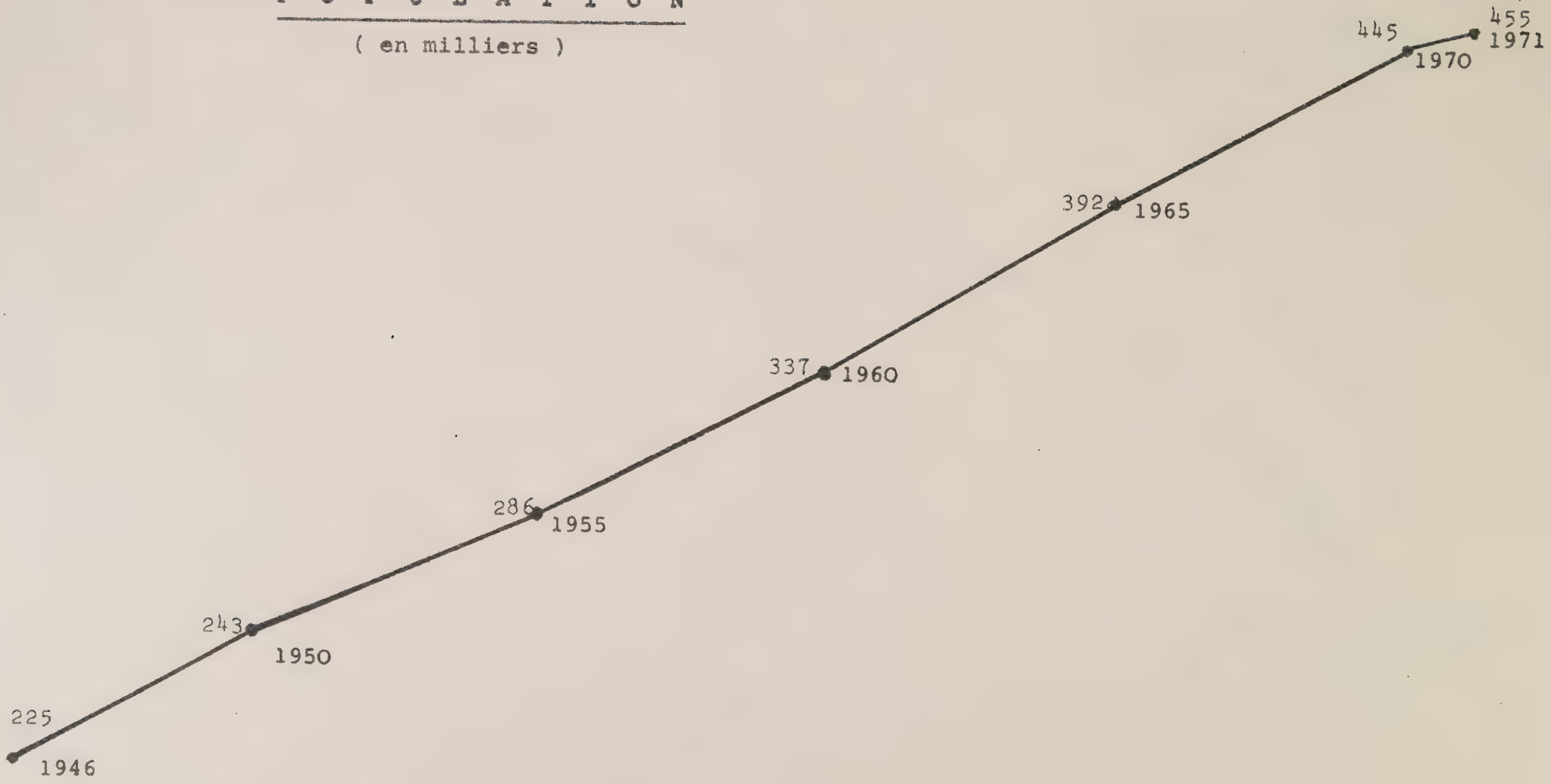
En 1961 : 43,7 % contre 18,3 % en Métropole
42 % en Chine
46 % au Vénézuela

Depuis 1955 (47,7 %), ce taux tend à baisser progressivement et atteignait en 1971 : 31,7 % (contre 16 % en Métropole).

../..

P O P U L A T I O N

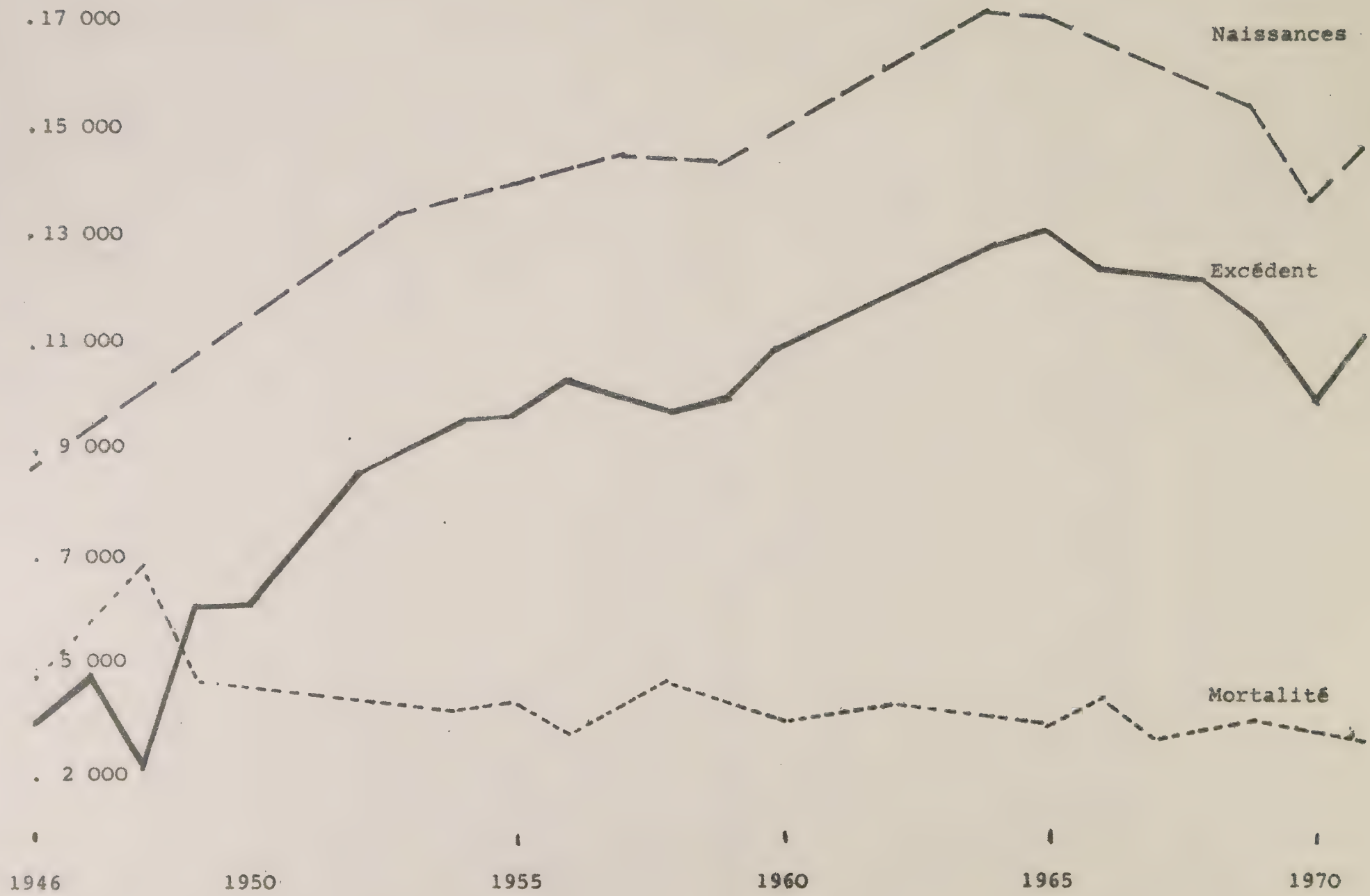
(en milliers)



N A T A L I T E

(taux pour 1000)

MORTALITE INFANTILE
(Taux pour 1000)
231
(Cyclone 1948)
189
160
146
140
120
100
80
60
40
20
Réunion
Métropole
1946
1950
1955
1960
1965
1970


17 000
15 000
13 000
11 000
9 000
7 000
5 000
2 000
Naissances
Excédent
Mortalité
1946
1950
1955
1960
1965
1970

II) LA MORTALITE -

Depuis 1946, elle n'a cessé de diminuer régulièrement.

1 - Mortalité Générale

De 22 % en 1946, le taux de mortalité générale est passé en 1971 à 7, 7 % (3494 décès) contre 10,8 % en Métropole. Mais les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 13 % de la population totale de la Métropole contre seulement 4 % à la Réunion.

2 - Mortalité infantile (Décédés de moins d'un an pour 1000 nés vivants)

- 146 % en 1946 (1314)
- 50 % en 1970 (674)
  contre 17 % en Métropole
- 43 % en 1971 (625)

Il est à noter que pour les 674 enfants de 0 à 1 an morts en 1970, 232 sont décédés au cours des 8 premiers jours de la vie.

Signalons tout de suite que ce taux très élevé de mortalité infantile est dû en grande partie à la pratique des accouchements à domicile, faits dans de mauvaises conditions et par un personnel non qualifié. Néanmoins, la mortalité a moins qu'en Métropole un caractère périnatal ce qui démote l'influence de l'hygiène et de la nutrition.

3 - Morti-natalité (enfants morts-nés)

Elle varie depuis 1946 entre 600 et 1000 (650 en 1971).

4 - Excédent

- L'excédent des naissances sur les décès se maintient depuis 1955 au voisinage de 10 000 par an.

- Le taux d'accroissement naturel était de 3,25 % en 1960 contre 0,65 % en Métropole (3,15 % en Amérique Centrale).

../..

- Depuis il a tendance à baisser un peu et était en 1971 de 2,4 %.

- Tout cela contribue à donner à l'île un pourcentage élevé de jeunes de moins de 20 ans (plus de 50 %). Lors du Recensement Général de 1967, on avait :

Popul. totale : 415 525

Moins de 15 ans : 189 997

II - L' E C O N O M I E

Les ressources naturelles sont peu nombreuses ou peu exploitables :

- les matières premières minérales sont rares;
- les sources énergétiques manquent;
- les côtes n'offrent pas de ports naturels et les ressources de l'Océan sont difficilement exploitables;
- la terre, quand il y en a, est riche mais le sol arable est peu épais et très caillouteux. On compte environ 80 000 ha de terres cultivées sur 251 000 ha de surface totale.

L'économie repose presque entièrement sur l'agriculture qui n'a pas su ou pas pu se diversifier : la canne à sucre reste encore une monoculture presque absolue. Les plantations appartiennent, pour la plus grosse part, à quelques sociétés et gros propriétaires à côté desquels les salariés agricoles, ouvriers saisonniers et petits planteurs forment une masse pauvre, inorganisée et soumise aux puissances économiques.

Trois séries de faits entérinent la domination des gros propriétaires (2) :

1— La Structure foncière : Au recensement agricole de 1957, on a constaté que 2,1 % des propriétaires occupaient 60 % du sol alors que 72 % n'en partageaient que 7 %.

2— Le Mode de faire-valoir : les meilleures terres des grands domaines sont cultivées en faire-valoir direct et la main d'oeuvre est constituée de salariés

../..

agricoles mal payés, en chômage saisonnier.

3— L'usine "tient" planteurs et colons grâce au système de paiement de la canne : avances au démarrage de la coupe, règlement définitif plusieurs mois après, une fois le sucre vendu.

La prédominance de la canne à sucre est bien mise en valeur par les chiffres suivants (3) :

La canne occupe :

- 66 % de la surface cultivée,
- 70 % des exploitations agricoles,
- 90 % de la main d'oeuvre agricole,
- 43 % de la population active,
- 73 % de la population lors de la coupe.

Et les produits de la canne (sucre, rhum, mélasse) constituent :

- 71 % des valeurs ajoutées pour l'agriculture,
- 99 % des exportations en poids,
- 88 % des exportations en valeurs.

Il est certain qu'une économie qui ne tire ses ressources que d'une monoculture ne peut permettre un développement harmonieux du pays producteur car cela le maintient dans une situation de dépendance totale vis à vis du marché international, et, pour la Réunion, vis à vis de la Métropole et de la C.E.E.

La Réunion ne produit presque exclusivement que de la canne ou ses dérivés. Donc, elle exporte à peu près tout ce qu'elle produit et elle doit importer tout ce qu'elle consomme.

../..

En raison des 13 000 kms séparant la Réunion de la Métropole, des droits de douane* imposant le commerce avec la Métropole et du monopole du pavillon que possèdent les compagnies de transports aériens métropolitains, les produits finis et tous les produits de consommation courante coûtent très cher à la Réunion.

Des efforts s'imposent donc pour diversifier les cultures et développer une industrie légère qui possède des atouts : main d'oeuvre nombreuse et bon marché, débouchés locaux importants et croissants avec la consommation etc...

Actuellement les principales industries sont les industries agricoles et alimentaires (32 entreprises), mécaniques et électriques (9 unités), du bois (5 entreprises), chimiques (matières plastiques), de matériaux de construction.

../..

*N.B : Il ne s'agit pas à proprement parler de droits de douane mais d'un "octroi de mer". Cet octroi de mer était, à l'époque des gouverneurs, la seule ressource financière dont disposait l'île. Il est actuellement la source de revenus essentielle des collectivités locales.

L E N I V E A U D E V I E

I - CHOMAGE

1) Généralités

2) Chômeurs Partiels

3) Chômeurs et Inactifs

4) Conclusion

II - DEGRÉ D'INSTRUCTION

1) Chiffres globaux

2) Rapport entre le niveau d'instruction et l'emploi

III - SALAIRES

1) S.M.I.C

2) Salaires moyens

3) Quelques Prix

4) Fonction Publique

5) Conclusion

IV - QUELQUES CHIFFRES

I - C H O M A G E

1) Généralités

Le chômage tel qu'il est compris en France n'existe pas à la Réunion puisqu'il n'est ni déclaré, ni indemnisé. Et heureusement sans doute pour les caisses de l'Etat !

Par contre il existe à la Réunion des Chantiers de Chômage où sont embauchés, au prix du SMIC, et pour une durée déterminée (quelques mois) les chômeurs qui participent ainsi à des travaux d'intérêt public.

Durant le 4ème trimestre 1971, 80 071 journées de travail ont été payées sur la base du SMIC pour une durée journalière de 7 h. de travail sur 5 jours par semaine, ce qui correspond approximativement à l'emploi de 5900 personnes (4).

Les chiffres sont là, inquiétants, qui démontrent l'ampleur du problème (5) et (27) :

A) Si l'on considère les personnes en âge d'activité, c'est à dire comprises entre 19 et 55 ans, il y avait en :

	Personnes ayant un emploi	Personnes n'ayant pas d'emploi
Mai 67	92 660.	108 460
Oct 67	96 957	106 985
Mai 69	102 750	112 860

Si on explique la diminution des Sans emplois entre Mai 67 et Octobre 67 par le fait qu'Octobre correspond à la coupe de la canne à sucre et donc à l'emploi de nombreux chômeurs partiels, on peut constater que le nombre de gens sans emploi varie de façon non significative. Par contre, le nombre des personnes

../..

ayant un emploi augmente :

- Le pourcentage des hommes en âge d'activité et n'ayant pas d'emploi en Mai 69 est de 32,6 %.

B) Si l'on considère la Population âgée de 15 ans et plus, on avait en Mai 69 les chiffres suivants :

Chômeurs	8,7 %
Chômeurs partiels	9,4 %
Emplois Réguliers	37,7 %
Inactifs (y compris étudiants et élèves)	44,2 %

2) Chômeurs Partiels (personnes travaillant de façon occasionnelle ou saisonnière (coupe de la canne).

	Nombre	dont, ayant un emploi au moment de l'enquête
Mai 67	26 770	10 790
Oct 67	30 771	22 680 (coupe de la canne)
Mai 69	22 450	15 480

Peu de femmes sont en chômage partiel (19 % de chômeurs partiels)

../..

3) Chômeurs (personnes cherchant un emploi)

Chômeurs	Nombre	Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et +
Mai 67	14 250	6,4 %
Mai 69	20 790	8,7 %

Si le chiffre de 8,7 % est tristement démonstratif, il est à noter que, sur la population des jeunes âgés de 15 à 19 ans, le pourcentage des chômeurs baisse au profit des inactifs. Ceci est lié aux efforts de formation entrepris depuis quelques années :

Jeunes de 15 à 19 ans	Chômeurs	Inactifs dont étudiants & élèves
Mai 67	40,7	20,1
Oct 67	39,7	19,3
Mai 69	37,3	26,5

C O N C L U S I O N

On note :

- Accroissement du nombre de personnes ayant un emploi,
- mais cet accroissement est dû à l'accroissement du nombre de chômeurs partiels (au détriment des emplois réguliers qui tendent à diminuer en valeur relative).
- Le chômage augmente bien qu'il touche de moins en moins les jeunes grâce aux efforts entrepris en matière de formation (Scolarité obligatoire, Formation Professionnelle).
- Le sous emploi féminin est important.

../..

II - DEGRÉ D'INSTRUCTION

Si l'on considère les personnes âgées de 15 ans et plus, on a les chiffres suivants :

	Illetrés	Sachant lire et écrire	Niveau CEP	Niveau BEPC et +
Enquête Insee Mai 69	32,4	43,3	14,1	10,2
Recensement 1967	37,7	34,6	16,2	11,5

- Recensement 1967 :

Total des personnes âgées de 15 ans et +	226 528
Illettrés § non déclarés	88 322
Sachant lire et écrire	138 206
Niveau C.E.P	12 933
Niveau B.E.P.C	7 431
Niveau BAC	3 243

Ces deux enquêtes (Insee 69 et R.G.P oct. 67) se recoupent donc pour montrer l'importance de l'analphabétisme et le niveau de sous-instruction.

III - LES SALAIRES

1) Le S.M.I.C. depuis le 1er Décembre 1971, le SMIC était à :

136 francs cfa l'heure

soit 23 434 frs cfa au mois pour 40 h/semaine

../..

Il a été porté à 155 francs cfa l'heure fin 1972,

soit 26 346 frs cfa au mois pour 40 h/semaine.

2) Quelques salaires : En Mai 69, les salaires moyens mensuels déclarés (en francs cfa) étaient :

Pour les		
	Salariés Agricoles	14 000
	Cadres Supérieurs	221 000
	Cadres Moyens	121 000
	Employés	62 600
	Ouvriers	28 900
	Personnel de Service	27 000

A côté de ces chiffres officiels, il existe souvent une autre réalité pour l'ouvrier réunionnais :

- Beaucoup d'employeurs ne déclarent pas leurs ouvriers; ceux-ci ne peuvent se plaindre sous peine d'être licenciés. Il y a un gros effort à faire pour punir sévèrement ces abus.

- Dans beaucoup d'entreprises les ouvriers sont déclarés comme manoeuvres et payés comme tels alors qu'ils sont employés à des postes d'ouvriers qualifiés (conducteurs d'engins etc...). Là non plus ils ne peuvent se plaindre, sous peine d'être licenciés.

- Certaines entreprises n'hésitent pas à embaucher clandestinement des ouvriers étrangers, comme des Mauriciens, non déclarés, pour faire certains travaux. Le niveau de vie et l'échelle des salaires étant très bas à Maurice, ces ouvriers mauriciens gagnent plus en travaillant à la Réunion, sans permis de séjour, ce qui les oblige à rentrer à Maurice tous les deux mois.

../..

3) Quelques Prix : Pour 1971, la moyenne des prix était :

Pour 450 gr	Pain ordinaire	46	francs cfa
1 kg	Riz	45	" "
1 kg	Jambon	1200	" "
1 kg	Poulet du pays	787	" "
1	Oeuf	31	" "
1 litre	de lait	100	" "

En Décembre 69, le loyer mensuel moyen à Saint-Denis pour (Source Insee)

1 Appartement 3 pièces avec eau et électricité	18 602
1 Case 3 pièces avec eau et électricité	12 398
1 Case 3 pièces sans eau ni électricité	4 422

4) La Fonction Publique :

La fonction publique pose un problème à la Réunion car les fonctionnaires ont des salaires considérablement plus élevés que ceux du privé à l'exception des cadres.

Ainsi, un instituteur célibataire débutera à la Réunion avec un salaire net de 120 000 francs cfa alors qu'en Métropole il aurait débuté avec un salaire mensuel de 119 000 anciens francs (6).

En dehors des retombées économiques liées à cet état de fait (montée des prix due à l'achat de produits chers, balance commerciale déficitaire, développement du commerce et des centres de loisirs coûteux pour une clientèle bien pourvue et exigeante), il faut considérer le dommage qui en résulte pour le développement de la Réunion. Devant les avantages financiers et matériels que leur offre la fonction publique, les jeunes ne rêvent que de devenir fonctionnaire, dussent leurs goûts ou leur créativité ne pas y trouver leur plein développement.

Combien de jeunes renoncent ou mettent une fin rapide à des études supérieures puisqu'ils savent qu'un poste d'instituteur ou d'agent préfectoral leur offrira

../..

N.B : 1 franc cfa = 2 anciens francs (2 centimes)

une situation si enviée ?...

Combien de jeunes renoncent pour la même raison à une formation professionnelle qui leur donnerait un métier correspondant à leurs goûts et comblant les manques importants en bons ouvriers et artisans ? Essayez donc de trouver un plombier ou un vitrier à Saint-Denis ...

Mais aussi, combien parmi les ouvriers qualifiés, artisans à leur compte ou salariés à un niveau très faible chez un employeur abandonnent leur métier pour emploi dans l'administration plus stable et plus rémunérateur.

Ainsi, même s'il a un C.A.P de cuisinier, de monteur électricien ou de dactylo, le jeune préfère se faire titulariser comme fonctionnaire car il sera sûr de débuter au moins à 80 000 francs cfa par mois (soit 4 fois le SMIC).

Si, depuis quelques mois, le Gouvernement a décidé de réduire les avantages des fonctionnaires à la Réunion, il n'en reste pas moins que le fonctionnaire de l'état y est privilégié par rapport à la plus grande partie des autres habitants du département, notamment aux petits planteurs et à la grande masse des salariés du secteur privé qui, bien loin de pouvoir, comme lui, accéder à la société de consommation n'atteignent même pas parfois le minimum vital.

5) Conclusion :(2)

Les écarts entre les niveaux de vie se sont accrus en dépit de l'aide sociale essentielle pour les bas revenus, qui permet une certaine redistribution des revenus, mais cela ne va pas bien loin.

En 1963, le Produit Intérieur Brut par tête atteint 99 500 frs cfa, soit 26 % de celui de la Métropole, 23,5 % seulement des habitants de l'île ont un revenu supérieur à cette moyenne.

../..

IV - Q U E L Q U E S C H I F F R E S

1) Au 31 Décembre 1971, le Parc automobile de la Réunion comptait 39 991 voitures particulières, soit : 88 voitures pour 1000 habitants

contre :

234 en France

146 en Italie

184 en R D A

104 en Irlande

2) Au 31 Août 1971, le nombre d'abonnés au téléphone était de 8883, soit 20 abonnés pour 1000 habitants

contre :

141 en France

135 en Italie

172 en R D A

87 en Irlande

3) Au 31 Septembre 1971, le nombre de récepteurs de télévision taxés était de 24 100, soit 53 pour 1000 habitants

contre :

185 en France

150 en Italie

246 en R D A

129 en Irlande

../..

L E S C O N D I T I O N S D E V I E

I) Logement

II) Electricité

III) Eau

IV) W.C

V) Hygiène

CONCLUSION

Nous voudrions montrer dans ce chapitre combien les conditions de vie à la Réunion sont encore très au-dessous du minimum acceptable pour un département français, et ce malgré les efforts indiscutables faits en matière de logement. Car il est bien évident que le rapport est étroit avec la pathologie.

Les chiffres cités sont tirés du Recensement Général de la Population de 1967.

Mais le rythme élevé de construction à la Réunion périme plus vite qu'en Métropole les chiffres apportés. De 1967 à 1972, cinq ans se sont écoulés, qui représentent, sur ce plan, quinze ans en Métropole.

../..

I - LE LOGEMENT

1) Logement selon leur utilisation

Ensemble des logements	82 136
Résidence Principale	81 874
Résidence Secondaire	227
Logement vacant	35

2) Nombre de pièces d'habitations

Selon le nombre de personnes du ménage :

A- Pour les familles de 4 personnes :

879	ne disposent	que d'	1 pièce
3 563	"	"	de 2 pièces
1 779	"	"	3 "
2 681	"	"	4 "

B- Pour les familles de 6 personnes :

486	ne disposent	que d'	1 pièce
2 795	"	"	2 "
1 372	"	"	3 "
2 458	"	"	4 "

C- Pour les familles de 10 personnes et + :

98	ne disposent	que d'	1 pièce
1 150	"	"	2 "
904	"	"	3 "
2 330	"	"	4 "

3) Constructions selon la nature des murs et l'état général :

Sur 84 124 logements :

14 676	sont en	Dur (pierres et ciment)
646	-	Semi Dur (torchis, éternit)
38 751	-	Bois
1 109	-	Gaulettes (espèce de bambou)
633	-	Dur et Semi Dur
2 726	-	Dur et Bois
543	-	Semi Dur et Bois
21 295	-	Tôles

soit plus du quart des logements sont en tôles

../..

Cette si large utilisation des tôles dans la construction des cases s'explique aisément :

- leur prix modique (1 tôle de 3m de long vaut 850 Frs cfa),
- leur résistance aux intempéries et même aux cyclones de violence moyenne,
- leur facilité de pose et de transport.

Mais par ailleurs, la tôle est un matériau peu adapté au climat tropical : Les cases en tôle conservent la chaleur en été et le froid en hiver. Et le bois devrait certainement être le matériau de choix. Mais les forêts réunionnaises ont été démesurément exploitées. La plupart du bois de construction est donc importée de Métropole, de Madagascar ou d'Indochine et le met ainsi à des prix élevés. Signalons cependant le développement, depuis quelques années, d'industries du Bois qui mettent sur le marché des maisons préfabriquées et faites en grandes séries, utilisant essentiellement le bois ("Case Tomi"). Ces cases, au confort matériel satisfaisant, semblent très bien adaptée au pays. Mais elles restent d'un coût trop élevé pour la plupart des gens.

4) Classification des logements (selon l'Insee)

Considérés comme :

Bons	-	12 710 logements
Moyens	-	36 416 "
Mauvais	-	19 066 "
Non Déclarés	-	5 933 "

5) Les Prix

Nous avons déjà évoqué, dans le chapitre concernant le niveau de vie, les coûts élevés du logement à la Réunion.

Une enquête de l'INSEE en 1969 estimait à 18 600 Frs cfa le loyer moyen d'un appartement de 3 pièces à Saint-Denis. Or, parmi les indices de prix détail à Saint-Denis, celui de l'habitation est celui qui a augmenté le plus avec celui concernant l'hygiène et les soins, passant de 100 en 1966 à 123,8 fin 1971.

../..

Ce qui fait que le loyer d'un appartement de 3 pièces à Saint-Denis en 1972 est plus élevé que le SMIC. De telle sorte qu'on arrive au paradoxe suivant :
A côté de logements très économiques (type SIDR), il n'existe que des HLM à loyers prohibitifs et il coûte moins cher aux gens de louer une petite case en semi dur avec jardinet que de se loger dans les grands ensembles.

II - L'E L E C T R I C I T E

- Lors du R.G.P. 1967, sur 81 874 résidences principales,

avaient l'électricité	23 969
n'avaient pas	56 546

pour une production totale d'énergie électrique de :

37 330 000 K W h

- En 1970, cette production était de :

87 981 000 K W h

et il y avait 40 212 abonnés Basse Tension à l'E.E.R.

- En 1971, on avait 43 341 abonnés Basse Tension, soit une résidence principale sur deux seulement avait l'électricité.

Ce développement important de l'énergie électrique à la Réunion peut laisser espérer que, dans les années à venir, des progrès seront faits en matière d'électrification et que peu à peu l'immense masse de la population pourra accéder à cet élément de confort minimum.

Selon un sondage fait en 1971 dans deux C.E.G, l'un en ville, l'autre en milieu rural, dans des classes de 5ème, sur les conditions de vie et de travail des élèves (7) :

- En ville, sur 73 enfants, 9 (soit 12 %) n'avaient pas d'électricité chez eux.
- En milieu rural, sur 60 enfants, 25 (soit 41 %) n'avaient pas d'électricité

../..

chez eux. Or, en hiver, la nuit tombe vite et dès 17h30 l'obscurité ("la faitnoirsité") est là.

Ces chiffres ajoutés au fait que la plupart des écoliers n'ont pas de chambre personnelle (90 % des cas), font comprendre que "les résultats en matière de scolarité sont plutôt décevants".

III - L'E A U

Nous voudrions souligner dans cette partie consacrée à l'eau que :

- Trop peu de gens disposent d'un moyen d'alimentation en eau convenable.
- L'eau distribuée ne répond pas aux normes acceptables.

Nous prendrons notre information à ce sujet dans le "Rapport de Mission sur les Problèmes Sanitaires liés aux parasitoses à la Réunion" fait par Mr. B. Gilbert (8), expert de l'Ecole de Santé de Rennes, en avril 1971, et dans les Résultats Statistiques du R.G.P. des D.O.M. de 67.

1) Manques quantitatifs : Bien que la Réunion soit une des régions du monde la plus abondamment fournies en précipitations atmosphériques, les problèmes posés par la mise à disposition de l'eau nécessaire à la couverture des besoins agricoles ou simplement biologiques ne peuvent être résolus que par la mise en oeuvre de moyens techniques importants et coûteux.

L'effort dans ce domaine est cependant considérable puisque les réseaux d'adduction d'eau qui permettaient d'alimenter environ 20 % de la population en 1966 couvrent actuellement 60 % des besoins et "devraient atteindre 100 % vers 1975" !!!

../..

- Lors du R.G.P. de 1967, sur 81 874 résidences principales :

23 313	avaient	l'eau dans le logement
11 024	"	dans la construction ou la cour
36 639	ne disposaient	que de la fontaine publique
4 017	"	" d'une citerne
481	"	" d'une barrique
3 458	"	" d'une source ou d'une rivière

- Si on considère la distance au point d'eau, sur 79 978 logements,

33 318	avaient le point d'eau	dans le logement ou dans la cour
15 412	"	à moins de 100 m
11 427	"	entre 100 et 200 m
9 266	"	entre 200 et 500 m
7 603	"	à plus de 500 m

Ainsi s'explique le fait que le transport de l'eau revêt une importance primordiale dans la vie de beaucoup de foyers. Les femmes et les enfants consacrent une partie de la journée à ce travail. Cela ajoute aux causes de l'absentéisme scolaire.

- Dans le "Rapport sur l'Education Sanitaire et Sociale à l'Ecole" publié à la fin de 1971 par l'"Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale"(9), on trouve des chiffres qui soulignent l'importance du problème, même en ces lieux qu'on pourrait penser "privilégiés".

Sur 153 écoles :

6 n'ont pas d'alimentation en eau
54 n'en ont qu'à certaines périodes de l'année (saison des pluies)
17 sont alimentées uniquement par des citernes
10 seulement ont des douches

Il y a une moyenne de 1 robinet pour 55 enfants

2) Manques qualitatifs

L'urgence des problèmes quantitatifs explique sans le justifier complètement que l'eau ait été considérée jusqu'à maintenant comme un produit de première nécessité dont la qualité et notamment la qualité hygiènique était un paramètre

../..

secondaire voire négligeable.

"C'est ainsi qu'on ne semble pas avoir hésité à distribuer des eaux aussi impropres à la consommation que celles du Canal Saint-Etienne à Saint-Pierre, à mélanger des eaux traitées par la Station de Saint-Denis avec celles de captage que l'on savait contaminées".

Outre les résultats de l'enquête parasitaire effectuée par Monsieur le Professeur Larivière dont nous reparlerons plus loin, il suffit pour s'en convaincre de noter que 71 cas de typhoïde ont été déclarés dans le secteur de Saint-Pierre en 1970 et 42 dans le premier trimestre de 1971.

En dehors des eaux météoriques limitées à l'approvisionnement domestique individuel et des eaux souterraines encore très peu utilisées, l'origine des eaux distribuées est essentiellement "superficielle".

Les eaux superficielles circulent dans les ravines et sont issues de la montagne toute proche. Elles sont généralement contaminées et lors des crues se chargent de débris minéraux ou organiques qui leur confèrent une qualité médiocre nécessitant un traitement avant leur distribution. En conséquence, on peut s'étonner que "les eaux brutes de Saint-Denis ne subissent pas de microtamissage, ni de chloration en tête qui élimineraient à peu de frais les débris végétaux et empêcheraient l'envahissement des filtres par des mollusques"(Gilbert).

Un décret récent oblige l'E.E.R à vendre de l'eau potable. L'absence de laboratoire capable d'effectuer une analyse d'eau correcte était jusqu'à une date récente un obstacle à un progrès réel sur des bases scientifiques. Un laboratoire départemental fonctionne depuis moins d'un an, et permettra, espérons le, une amélioration rapide de la qualité des eaux de consommation.

../..

IV - L E S W . C

Le tableau ci-dessous résume la situation qui existait en 1967 :

- Sur 32 268 logements ayant l'eau courante

12 781 avaient des W.C dans le logement

17 317 " hors du logement

2 170 n'avaient pas de W.C

- Sur 45 317 logements n'ayant pas l'eau courante

1 444 avaient des W.C dans le logement

28 195 " hors du logement

15 698 n'avaient pas de W.C

et beaucoup de ces W.C ne fonctionnent pas ou sont insalubres, certains extérieurs étant réduits à un vieux pneu posé par terre !

Si on reprend le Rapport sur l'Hygiène scolaire de l'ARESS, on apprend que sur 1 076 W.C répartis dans 133 écoles :

739 seulement ont des fosses septiques

317 ont des fosses à fond perdu

20 sont des W.C à tinettes

La moyenne est de 1 W.C pour 37 enfants.

Et encore un grand nombre de W.C ayant une fosse septique ne fonctionnent pas par manque d'eau ou sont bouchés par des "galets".

Cet état de fait est en grande partie responsable de l'endémie parasitaire.

../..

V - L'HYGIENE A LA MAISON

Après avoir pris connaissance des chiffres précédents concernant le logement, l'eau ou les lieux d'aisance, on peut imaginer facilement que l'Hygiène à la Réunion est encore précaire quand elle n'est pas inexistante.

On peut imaginer la case en tôles (le 1/4 des logements !), dont le sol est en terre battue, et où il n'y a ni eau ni électricité.

Pour s'alimenter en eau on possède un bac en tôle ou en bois, posé dans un coin de la case, exposé à tous vents, et dans lequel on puise avec la "moque", boîte de lait concentré sucré vide et qui traîne par terre en dehors de cet usage.

Sur le sol, enfants et volailles s'ébattent à leur aise. Il n'y a pas de W.C. On défèque donc "à proximité", dans la cour, la porcherie, le champ de canne ou le potager, et à la première pluie torrentielle, les eaux ruissellent et vont arroser les quelques cultures maraîchères cultivées sur le lopin de terre personnel...

Etant donné les problèmes d'alimentation en eau, on en restreint l'utilisation aux dépens de la toilette et de la cuisine.

Par ailleurs, il est important de souligner qu'à cet état de fait s'ajoute des préjugés tenaces qu'il est bien difficile de contrarier :

- Sur l'enfant qui vient de naître, on pratique fréquemment encore le rite qui consiste à tracer une croix avec de la terre sur la plaie ombilicale.
- Les femmes en couches sont mises en quarantaine dans une pièce obscure et fermée.
- Il est courant de couvrir les tout-petits de façon outrageuse jusqu'à 7 ou 8 épaisseurs de vêtements, et d'autant plus qu'ils sont fiévreux !

../..

- Par influence des coutumes malabares, une bonne partie de la population a pris le dégoût de la viande de boeuf, du lait et des oeufs.
- On accuse le lait de "donner des vers", ainsi d'ailleurs que les ananas.

Autant de problèmes évoqués qui sont bien connus dans les pays où l'éducation sanitaire est un des moyens majeurs à mettre en oeuvre pour améliorer les conditions de vie de la population...

C O N C L U S I O N

Nous affirmions au début de ce chapitre que le rapport entre les conditions de vie et la pathologie était par trop évident.

Nous voudrions donc conclure en donnant quelques chiffres à l'appui de cette affirmation. Ils seront empruntés à un travail fait à la Réunion en 1971 sur les problèmes alimentaires et nutritionnels (10) dans l'île.

L'auteur a réparti les enfants hospitalisés dans le Service de Pédiatrie de Sainte-Clotilde (près de Saint-Denis) en fonction de la profession exercée par les parents.

La classification est celle du "General Register Office" de Grande Bretagne qui réunit les métiers en trois grandes classes sociales :

Classe I et II	. Professions libérales et de Direction . Fonctionnaires de rang moyen . Contremaîtres . Commerçants
Classe III	Travailleurs qualifiés
Classe IV et V	. Ouvriers non qualifiés . [illegible] . Chômeurs

../..

1- Il considère 250 dossiers d'enfants hospitalisés : Tous les enfants hospitalisés du 15 janvier au 15 novembre 1971.

Sur 250 enfants hospitalisés :

- 19 appartiennent aux classes I et II
- 63 " " III
- 131 " " IV et V
- 37 avaient des dossiers incomplets

2- Plus loin, il répartit les enfants suivant les classes socio-économiques précédentes et la dénutrition.

Sur les 213 enfants répartis en fonction des classes socio-économiques, on avait 115 dénutris comme suit :

		dont dénutris graves
Classes I et II	4	0
Classe III	32	11
Classes IV et V	79	40
	115	51

3- Puis il répartit ces 213 enfants en fonction des conditions d'habitat et de la fratrie. Ce tableau que nous empruntons à l'auteur résume bien la situation que nous avons étudiée précédemment par "éléments de confort" successifs.

	Nb	Dur	Bois	Tôle	Bois + Tôles	Nb moyen de pièces p/ménage	Moyenne de la fratrie	Eau +	Eau −	W.C +	W.C −
Classes I et II	19	14	1	1	3	4,2	2,8	18	1	18	1
Classe III	63	29	6	9	15	3	4,5	39	9	44	4
Classes IV et V	131	20	25	43	42	2,5	5,1	30	95	37	87

../..

L' A I D E S O C I A L E

I) Institution du Régime S.S. à la Réunion

II) Particularités locales

III) Parité globale et FASO

IV) Action Sociale

V) Les Systèmes d'Aide Sociale

VI) Consommation Médicale

VII) Quelques chiffres - Conclusion

I - INSTITUTION DU REGIME DE SECURITE SOCIALE A LA REUNION

Avant la départementalisation, le régime des assurances sociales institué en France en 1930 n'existait pas à la Réunion. Seul existait un embryon d'allocations familiales (Loi de 1932).

La Loi du 19 mars 1946 transformant les 4 vieilles colonies en départements eut pour conséquence l'extension du nouveau plan de Sécurité Sociale né par l'ordonnance du 4 octobre 1945.

C'est le décret du 17 octobre 1947 qui a mis en place l'organisation administrative de la Sécurité Sociale dans les D.O.M. Il diffère de l'ordonnance du 4 octobre 1945 par deux innovations importantes :

1) - Création d'un organisme unique pour la gestion de l'ensemble des risques : La Caisse Générale de Sécurité Sociale.

2) - Inclusion des salariés agricoles.

La mise en place du régime de Sécurité Sociale fut lent et progressif. Ce n'est qu'au 1er janvier 1955 que le système fut complètement établi.

Puisque la Caisse Générale gérait le régime de sécurité sociale des salariés agricoles, on lui a confié tout naturellement celui des exploitants agricoles. Son application a été elle aussi échelonnée dans le temps. Elle n'a pris effet, de façon complète, qu'au 1er juillet 1971.

Signalons encore qu'en Métropole le régime d'assurances sociales des fonctionnaires est géré par les Caisses Primaires d'Assurances Maladie du Régime Général. A la Réunion, ce régime n'ayant été introduit que tardivement (1er janvier 1955) il fut confié, à titre provisoire, (mais ce provisoire dure encore) à la Société Mutualiste des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MUFA).

../..

II - PARTICULARITES DU REGIME DE SECURITE SOCIALE REUNIONNAIS

1) - En matière d'Assurances Sociales, le salarié bénéficie des droits à l'assurance-maladie s'il justifie de :

- 30 jours de travail dans les 6 mois précédents ou de
- 130 jours dans l'année, alors qu'en Métropole il faut justifier de :
  - 200 heures dans les 3 mois précédents ou de
  - 120 heures dans le mois précédent.

La période de référence plus longue qu'en Métropole tient compte du caractère saisonnier du travail agricole dans les D.O.M. Mais cet aménagement entraîne une conséquence dommageable pour les salariés : l'indemnité journalière (versée à partir du 4ème jour d'arrêt de travail) est aussi calculée sur le gain des six derniers mois : 1/360 de ce gain par journée indemnisée. Ceci aboutit à un montant très modeste lorsque le salarié n'a travaillé en fait qu'un ou deux mois sur six. Il sera nul lorsque le salarié n'est pas déclaré, ce qui est très fréquent.

2) - L'allocation aux Vieux Travailleurs Salariés est versée dès l'âge de 60 ans (contre 65 ans en Métropole). Ceci est une particularité incontestablement favorable à la Réunion. Il est vrai, cependant, que l'espérance de vie à la Réunion était en 1967 :

- de 54 ans pour les hommes (contre 68 en Métropole)
- de 61 ans pour les femmes (contre 75 en Métropole)

3) - Par contre, en matière d'Allocations Familiales, on constate entre le régime de la Métropole et celui de la Réunion de grandes distorsions. Sans les justifier, on peut les expliquer en partie par le fait que le régime d'Allocations Familiales à la Réunion est resté figé dans le moule de la Loi de 1932, et n'a pas profité du régime de prestations familiales beaucoup plus favorable et diversifié institué

../..

en France le 22 août 1946. Ainsi, à la Réunion :

a) L'allocation de salaire unique et l'allocation de logement n'existent pas.

b) A la différence du régime métropolitain, l'enfant recueilli n'ouvre aucun droit pour les allocations familiales. Il doit exister un lien de droit entre l'enfant et l'allocataire, c'est à dire que l'enfant doit être un enfant légitime, naturel reconnu, adoptif ou placé sous tutelle par décision judiciaire.

c) Les allocations familiales sont moins généreuses qu'en Métropole. Elles sont versées à un taux forfaitaire pour chaque enfant à charge (16 ans et demi en principe, 18 ans s'il est en apprentissage, 20 ans s'il est étudiant ou infirme) et pour chaque journée de travail (dans la limite de 25 jours). Sont assimilées à des journées de travail les périodes d'incapacité de travail (maladie, maternité, accident du travail) ayant donné lieu à une indemnisation en espèces, et, en principe, les journées de chômage constatées par inscription sur la liste des demandeurs d'emploi. Mais nous avons vu précédemment que le chômage n'atait pas déclaré à la Réunion.

Le taux des allocations familiales par jour de travail était en 1970 :

	1er enfant	43 F. cfa	
	2e "	86 "	
	3e "	180 "	
	4e "	185 "	
	5e "	76 "	
A compter du	6e "	38 "	

Avec une majoration de 30F.cfa pour enfant de plus de 10 ans
45F.cfa " " 15 ans

Nombre de familles allocataires : 36 000

Nombre d'enfants : 137 000

Montant des allocations versées : 4 Milliards 320 Millions de francs cfa

../..

Ainsi, à la Réunion, en 1970, une famille de 3 enfants de moins de 10 ans touchait 7 725 francs cfa, alors qu'en Métropole cette même famille aurait touché 245 NF auxquels s'ajoute une indemnité compensatrice de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires, soit un total de 270 NF (ou 13 500 frs cfa). Peuvent s'y ajouter l'allocation de salaire unique (97,25 NF pour 3 enfants) et l'allocation de logement.

III - PARITE GLOBALE ET FASO

Les différences entre les deux régimes seraient considérables si un correctif n'y avait été introduit depuis le 1er juillet 1963 par le système dit de "Parité Globale".

On a estimé en effet qu'en matière d'allocations familiales il y avait lieu d'accorder les mêmes avantages aux familles de la Réunion qu'à celles de la Métropole, mais sous une forme différente : une partie des allocations serait versée directement en espèces aux intéressés, l'autre irait indirectement aux familles qui bénéficieraient :

- de l'existence de cantines scolaires (pour un prix modique non encaissé le plus souvent)
- de centres de formation professionnelle et pré-professionnelle
- de l'aide apportée par les "travailleuses familiales"
- d'un "planning familial" etc...

A cet effet a été créé un Fond d'Action Sociale Obligatoire (FASO) alimenté par un prélèvement qui est actuellement de 45 % des allocations familiales versées. Les sommes attribuées au FASO étaient de 2 milliards de frs cfa en 1970.

En pratique le FASO est utilisé plus largement et malheureusement parfois pour des réalisations dont le caractère social est bien éloigné (citons la toute récente Ecole Militaire du Tampon).

../..

IV - ACTION SOCIALE

Par ailleurs, un prélèvement de 15 % sur les cotisations sert à financer l'action sociale de la Caisse Générale.

Cette seconde forme d'action existe aussi en Métropole mais elle dispose de fonds plus modestes (3,50 % des cotisations).

L'action sociale de la Caisse Générale est pour 50 % consacrée à l'aide à la construction sous toutes ses formes :

- Aide collective par subventions versées aux organismes d'équipement (SATEC, SIDR) qui permettent de diminuer le coût de la construction et donc des loyers.
- Aide individuelle sous forme d'aide à la construction, de lutte anti-bidonville, d'aide à l'amélioration de l'habitat (eau, électricité, W.C), à l'équipement mobilier voire au paiement du loyer pour les familles les plus défavorisées.

V - LES SYSTEMES D'AIDE SOCIALE

Il existe à la Réunion plusieurs systèmes de prise en charge des frais médicaux et pharmaceutiques. Selon les revenus et la situation socio-économique on peut être :

- Assisté : C'est l'Assistance Médicale gratuite qui prend en charge tous les frais de santé (Aide Sociale).
- Assuré-Assisté : L'Aide Sociale prend en charge tout ou partie du ticket modérateur et la S.S fait l'avance du reste.
- Assuré Social relevant du régime normal dans lequel l'assuré social règle lui-même le praticien et le pharmacien et demande ensuite le remboursement de 80% de ses dépenses à la Caisse Générale.

Un système de "Tiers Payant", propre à la Réunion, évite ainsi à l'Assisté et à l'Assuré-Assisté de faire l'avance des frais. Les tiers-payant (C.G.S.S, Aide

../..

Sociale) règlent directement les médecins, auxiliaires médicaux, dentistes et pharmaciens. Ce système, mis en place en 1957, est réservé aux assistés et aux assurés dont les ressources sont insuffisantes et qui sont inscrits sur les listes de l'Aide Sociale. Le malade qui en bénéficie va à la Mairie, "tire" une feuille de maladie (bons blancs pour les assistés, bons bleus et roses pour les assurés-assistés), puis va consulter son médecin. Celui-ci garde la feuille de maladie et l'enverra directement au tiers-payant pour se faire payer.

Nous voudrions montrer ici les conséquences fâcheuses de ce système pourtant à priori très social, mais faussé par l'Administration qui décida, en 1964, de non plus payer chaque feuille de maladie, mais accorder un forfait aux médecins, c'est à dire de leur attribuer un quota mensuel à condition qu'ils aient fait au moins 70 % de leur forfait. Les conséquences furent désastreuses :

1) Cela s'opposait à la liberté d'installation des médecins, car l'Administration leur attribuait ou pas un forfait selon ses souhaits d'implantation médicale.

2) Il y avait une grande inégalité entre les forfaits qui s'échelonnaient de 50 000 à un million par mois. Cette disproportion dans les forfaits devait permettre une certaine harmonisation de l'implantation médicale.

3) Certains médecins se contentaient de faire 70 % de leur forfait, étant ainsi assurés de leur salaire fixe, ce qui entraînait des abus d'hospitalisation.

Le système du forfait a été supprimé récemment, les objectifs poursuivis n'ayant pas été atteints. Le système actuel, avec l'existence du tiers-payant, est dans l'ensemble satisfaisant. Nous voudrions cependant faire remarquer quelques points qui nous semblent sujets à objection :

1- Pour retirer dans les mairies les feuilles blanches ou les feuilles bleues et roses, les gens doivent payer une somme certes modique mais qui pose des problèmes à une population très pauvre, qui hésite parfois à consulter

../..

le médecin pour cette raison.

2- Les bénéficiaires de l'A.M.G n'ont droit qu'à trois feuilles de maladie par mois, ce qui entraîne des hospitalisations abusives.

3- Le coût de la prescription est limité et ne devait pas dépasser 2 500 Fr. en 1971.

4- Les feuilles de maladie sont parfois devenues un argument électoral pour certains maires qui peuvent en distribuer au "pro rata" du soutien politique de leurs administrés.

5- Les feuilles bleues et roses contraignent les médecins à une comptabilité fastidieuse, et le paiement des honoraires se fait avec plusieurs mois de retard.

VI - CONSOMMATION MEDICALE

1 - Nombre de paiements aux assurés

Années	Feuilles Blanches	% d'augm. par rapport à l'année précédente	Feuilles Roses	% d'augm.
1965	105 914		613 946	
1966	126 493	19,4 %	707 552	15,2 %
1967	128 008	1,2 %	699 420	- 1,1 %
1968	141 475	10,5 %	790 103	+ 12,9 %
1969	148 322	4,8 %	788 891	- 0,15 %

La constatation qui s'impose est l'augmentation du nombre de paiements. En 5 ans, l'augmentation a été de 40 % pour les feuilles blanches et de 28,5 % pour les feuilles roses.

Dans le rapport d'activité de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion pour 1969, d'où sont extraits les chiffres ci-dessus, on lit :

../..

"Cette augmentation du nombre des paiements est provoquée sans doute par l'accroissement du nombre des bénéficiaires de l'Assurance Maladie, mais nous pensons également que l'assuré réunionnais se soigne de mieux en mieux et va plus facilement chez le médecin qu'autrefois".

2 - L'Hospitalisation

Cette opinion semble confirmée par les chiffres d'hospitalisation :

Années	Avis d'admission	Avis de règlement
1965	21 610	28 428
1966	24 784	33 662
1967	29 958	39 578
1968	36 152	45 916
1969	40 982	57 656

soit, en 5 ans, une augmentation de 90 % dans les avis d'admission et de plus de 100 % dans les avis de règlement.

Les établissements hospitaliers, publics ou privés, sont surchargés : le coefficient d'occupation moyenne pour l'ensemble des hôpitaux généraux et spécialisés est de 90 %, soit un taux très élevé, le taux maximum admissible étant de l'ordre de 80 % (Rapport de la DASS 1970), alors qu'en Métropole le coefficient d'occupation est faible et irrégulier selon les saisons. Pourtant nous verrons plus loin que le nombre de lits d'hôpital est élevé par rapport au nombre d'habitants, en particulier en ce qui concerne la pédiatrie.

3 - Dépenses de l'Assurance Maladie :

En 1965 : 1 Milliard 945 Millions cfa

En 1969 : 4 Milliards 235 Millions cfa

dont : - 4 Milliards 117 Millions pour les soins de santé

- 118 Millions pour les indemnités journalières

../..

Si on prend la base d'un coefficient 100 pour 1965, on a les chiffres suivants :

	Soins de Santé				
Années	Frais médicaux	Prestations sanitaires	Soins Dentaires	Frais hospital.	Total
1965	100	100	100	100	100
1966	152	163	147	108	137
1967	158	153	128	137	145
1968	154	213	202	186	186
1969	196	252	200	205	215

Plusieurs observations en découlent :

a) Les prestations en espèces (indemnités journalières) ne représentent qu'un très faible pourcentage des dépenses totales : 2,8 % contre 14,5 % en Métropole.

b) Les dépenses totales augmentent :

- Les frais médicaux, les frais dentaires et les frais d'hospitalisation ont doublé en cinq ans,
- alors que les dépenses pharmaceutiques (Prestations Sanitaires) ont été multipliées par 2,5.

Or, les tarifs d'honoraires et le prix des médicaments n'ayant pas augmenté dans de telles proportions, on peut en conclure que la consommation médicale s'accroît.

../..

4 - Actes Médicaux

Années	Consultations	Visites
1965	463 211	42 615
1966	724 905	67 023
1967	422 481	46 474
1968	422 500	52 028
1969	505 356	70 163

On peut remarquer :

a) Une augmentation nette d'actes médicaux (20 % en 69)

b) Une augmentation encore plus sensible du nombre de visites à domicile (35 %). Mais le pourcentage du nombre de visites reste faible par rapport au nombre d'actes et tend actuellement à diminuer : 12,2 % en 1969 (36 % en Métropole)

c) Le nombre d'actes par bénéficiaire reste très faible : moins de deux actes par an, ce qui est très inférieur à la moyenne nationale.

d) Le coût moyen de l'assurance maladie par bénéficiaire ressort à 14 000 Frs cfa, alors qu'il atteint l'équivalent de 22 000 Frs cfa en Métropole.

Conclusion

La consommation médicale croît mais reste très inférieure à la consommation médicale nationale.

VII - Q U E L Q U E S C H I F F R E S (1970) (11)

- Population totale	450 000
- Nombre de Bénéficiaires du Régime Général	275 000
- Cotisants	70 000
- Nombre de Pensionnés d'invalidité	1 050
- Nombre de Bénéficiaires d'une rente d'A.T	2 950
- Nombre de Bénéficiaires d'un avantage de vieillesse	13 000
- Nombre de Bénéficiaires de l'allocation vieillesse agricole	2 500

- Recettes (cotisations) : 8,5 Milliards
- Dépenses : 15 Milliards

Assurances Sociales	4,6 milliards
Accidents du Travail	0,4 "
Pensions de Vieillesse	2 "
Allocations Familiales	4,3 "
F.A.S.O	2 "
Action Sanitaire et Sociale	0,3 "
Dépenses de Gestion	1,2 "
Total :	14,8

On constate donc un grand déficit de la Sécurité Sociale à la Réunion. Les causes en sont sans doute nombreuses et variées, comme en Métropole. Mais peut-être est-il bon de souligner deux aspects particuliers à la Réunion :

1) Du côté des Recettes, on doit tenir compte du fait que les salaires réunionnais sont beaucoup plus faibles qu'en Métropole. Le SMIC local, qui sert de référence à beaucoup de salaires réels, est au 1er janvier 1972 de 23 434 frs cfa, alors que le SMIC métropolitain correspond à 34 146 frs cfa.

../..

2) Du côté des Dépenses, celles-ci sont plus élevées qu'en Métropole. Plusieurs explications peuvent être avancées :

- "Les Médecins ne respectent pas le principe de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement" (Rapport S.S 1969) (12)
- Les Spécialités pharmaceutiques sont vendues au prix de la Métropole exprimé en CFA et majoré de 20 % !
- Il en est de même des consultations et visites médicales, bien que l'indexation de ces actes soit très peu élevée par rapport à celle des produits de consommation courante.

Tarifs Conventionnels revalorisés au 15 novembre 1972 :

	Métropole Zone A (Paris)	Réunion (cfa)
Consultation Omnipraticien	22 Fr.	1260
Consultation Spécialiste	34 "	1920
Visite Omnipraticien	29 "	1620
Visite Spécialiste	40 "	2160
Lettre clé K	5,60 "	280
Majoration Visite du Dimanche	20 "	1080
Majoration Visite de nuit	35 "	1800

../..

L A P A T H O L O G I E

I) Les Parasitoses

II) La Malnutrition

III) Les Anémies Carentielles

IV) La Tuberculose

V) L'Alcoolisme

VI) Les Maladies Vénériennes

VII) Les Maladies Infectieuses

VIII) Les Manifestations dermato-allergologiques

Cet aperçu sur la pathologie réunionnaise ne se prétend en aucune façon complet et exhaustif. Il s'agit simplement d'étudier des problèmes de pathologie courante qui ont ici une incidence toute particulière sur le plan social, médical et budgétaire :

- Social : Le droit à la santé est inhérent à la personne humaine.
  Et le mauvais état sanitaire d'une population n'est certainement pas facteur de progrès ! Combien d'enfants souffrent encore, en raison de leur santé insuffisante de retard dans leur développement physique et intellectuel !

- Médical : Les cabinets médicaux et les Services hospitaliers sont submergés par une pathologie de carences multiples, de dénutrition, de mauvais état général lié aux parasites et aux conditions socio-économiques. Cette pathologie ne devrait plus se rencontrer. Et nombre de lits d'hôpitaux sont occupés par des malades qui ne devraient pas l'être ! Boutade qui s'inscrit dans la réalité quand on sait qu'un Service de pédiatrie est occupé pour environ le 1/3 de ses lits par des enfants parasités ou hypotrophiques.

- Budgétaire : Cette pathologie quotidienne coûte cher à la Société : Consommations médicale et pharmaceutique importantes, hospitalisations prolongées avec leurs conséquences néfastes (retards scolaires, séparation du milieu familial etc...). Mais il n'est pas encore acquis pour tous que la Médecine préventive coûte moins cher à la Société que la Médecine Curative.....

../..

[illegible] PARASITOSES

Que le lecteur métropolitain ne s'étonne pas que ce chapitre consacré à la Pathologie Réunionnaise débute par les Parasitoses et leur fasse une si grande part :

Les maladies parasitaires existent à l'état d'endémie importante dans toute l'île, et ont un retentissement sur la santé générale de la population, en particulier infantile.

D'autre part, les maladies parasitaires constituent la pathologie sans doute la plus directement liée aux conditions de vie et au niveau de développement de la Réunion. Elles sont donc peut-être les maladies les plus facilement éradicables, ce qui nous intéresse dans les "perspectives préventives" de ce travail.

Pour cette étude des maladies parasitaires à la Réunion, nous nous servirons abondamment du Rapport de Mission sur les "Parasitoses Intestinales Humaines dans l'Ile de la Réunion" fait par le Professeur Larivière de la Faculté de Médecine de Paris en 1969 (13). Confiée par le Ministère de la Santé Publique et l'Inserm, cette mission avait pour but d'évaluer la situation réelle de l'endémie parasitaire entérique à la Réunion et d'étudier les méthodes d'action sanitaire à y opposer.

Cette enquête préliminaire prospective a pu être obtenue un an après la venue du Centre International de l'Enfance en juillet 68, mission au cours de laquelle le Professeur Larivière avait pu déjà entrevoir que la Réunion se plaçait au rang des pays du monde les plus parasités avec le travail affectué dans deux Services de pédiatrie sur près de mille dossiers d'enfants hospitalisés (Dr O et M Turquet).

../..

Des statistiques plus récentes pourront être empruntées aux travaux réalisés par le Docteur Picot, Directeur de la Section Parasitologie du Laboratoire Départemental d'Epidémiologie et d'Hygiène du milieu, en collaboration étroite avec l'ARESS, sur quatre zones pilotes.

1) Mission préliminaire du Professeur Larivière :

L'observation a porté sur 568 selles prélevées dans 17 communes sur les 24 que comporte l'île et sur des sujets de 4 à 15 ans.

A) Infection globale : Les résultats font apparaître un taux d'infection à 95 % qui est parmi les plus élevés du monde. Et 79 % des sujets examinés sont polyparasités.

Pas de Parasite	Infection par 1 P.	2	3	+ de 3	Globale
5 %	16 %	37 %	25 %	17 %	95 %

Et le Professeur Larivière ajoute que ces résultats sont sans doute au-dessous de la réalité :

a) Seuls l'examen direct et la technique de concentration de Ritchie ont été faits de façon systématique.

b) Le Scotch-Test n'a pas été fait, ce qui n'a pas permis d'apprécier la fréquence du parasitisme par oxyures et taenias.

B) Fréquence des différents Parasites

Nématodes à Contamination Orale (Ascaris, Trichocephales)	Nématodes à Contamination Cutanée (Ankylostomes & Anguillules)	Protozoaires
93 %	27 %	38 %

../..

ou de façon plus détaillée :

Trichocéphales	87 %	E. histolytica	5 %
Ascaris	65 %	E. Coli	16 %
Ankylostome	23 %	E. Nana	8 %
Anguillule	7 %	Taenia	1 %
Lambliase	21 %	Autres (oxyures)	2 %

On constate que :

a) Parmi les Nématodes à contamination orale, l'infection par Ascaris et Trichocéphales est de loin la plus élevée puisque 93 % des selles examinées contenaient l'une ou l'autre de ces parasites.

b) Parmi les Nématodes à contamination transcutanée, l'anguillulose semble peu fréquente (7 %) en regard de l'ankylostomose (23 %). Mais ceci est peut-être dû en partie à un défaut de techniques de recherche des larves d'anguillules (Barman) qui n'ont été faites que de façon occasionnelle. D'autre part, il faut tenir compte de la répartition géographique irrégulière.

c) Parmi les Protozoaires (38 % des selles en avaient), seuls les lambliases (21 %) et les amibes (5 %) sont importants au point de vue "pouvoir pathogène". Il faut signaler là encore que la recherche d'Entamoeba histolytica a souffert des techniques frustes utilisées lors de l'enquête et que l'amibiase est certainement plus importante que ce qu'indiquent les chiffres donnés.

../..

C) Répartition Géographique : Celle-ci n'est significative que pour les Ankylostomes et les Anguillules dont le cycle exogène est très dépendant des facteurs hydri-climatiques.

Dans les Communes "au Vent" (côte Est), le pourcentage des cas d'infections par Ankylostome et Anguillules est nettement plus élevé que dans la zone "sous le Vent" beaucoup moins humide.

	Hauteur d'eau Tombée en 1970	Ankylostomes	Anguillules
Au Vent	150,2 mm Plaine des Cafres	28 %	20 %
Sous le Vent	77,9 mm (St-Pierre)	13 %	5 %

2) Résultats des zones pilotes

Dans le courant de l'année 1971, l'ARESS et le Laboratoire Départemental d'Epidémiologie décidaient le choix de quatre "zones pilotes" sur lesquelles seraient réalisés des travaux et des études de façon approfondie et systématique.

La dimension réduite de ces zones pilotes et leur choix précis en fonction de facteurs géographiques et humains devaient permettre de réaliser une étude sérieuse du milieu et de tirer des enseignements plus généraux.

Les zones sont réparties comme suit :

- Cité Debré, ensemble récent d'habitations à loyer modéré, situé dans un quartier périphérique et populaire de Saint-Denis.
- Dos D'Ane, zone rurale dans les hauts de la Rivière des Galets.
- Ravine Ango, dans les hauts de Saint-Philippe (zone au cent).
- Bois Blanc, dans les hauts de Sainte-Rose (zone au vent).

../..

Un premier tableau donne le pourcentage de selles, prélevées de façon systématique, dans lesquelles on a découvert un ou plusieurs parasites.

Zones (nb. d'échantillons)	Nombre de Parasites 1	2	3	4
Cité Debré (271)	50,1 %	18,4	5,1	2,2
Dos D'Ane (235)	26,3 %	52,6	12,6	2,5
Ravine Ango (351)	3,2 %	18	42,8	32,40
Bois Blanc (238)	8,2 %	21	37	32,30

On constate :

- Que la zone au vent est très parasitée: 70 % de la population a au moins trois parasites;
- qu'au total 75 % de la population environ a au moins un parasite;
- que même en ville, à Saint-Denis, là où la population dispose (en principe) d'eau courante potable et de fosses septiques, 75 % des gens ont au moins un parasite intestinal.

Le deuxième tableau donne le pourcentage d'infestation parasitaire en fonction de l'espèce du parasite (on n'a pas tenu compte des trichocéphales).

Zones	Ascaris	Ankylostomes	Anguillules	Lamblias	Ent. histolytica
Cité Debré	18,4	9,5	12,9	26	2
Dos D'Ane	64,2	10,6	11,4	27,2	5,1
Ravine Ango	74,6	75	52,7	21	0,2
Bois Blanc	74	68	49	23	0,4

../..

On constate :

- que les amibes hématophages ne sont pas d'une très grande fréquence, même dans la zone au vent;
- que les lamblias sont assez régulièrement répartis;
- que les Anguillules et les Ankylostomes sont nettement plus fréquents dans la zone au vent et que leur fréquence semble beaucoup plus grande que ne l'indiquait le travail du Professeur Larivière;
- que l'ascaridiose est très répandue en dehors des zones urbaines.

Les sujets des zones pilotes sont déparasités et suivis régulièrement. Les thérapeutiques utilisées permettent d'ailleurs de voir que le problème du traitement n'est pas encore résolu pour beaucoup de parasitoses. La charge parasitaire des individus est telle que l'efficacité des médicaments n'est pas aussi bonne que dans la plupart des statistiques. Ceci oblige à chercher des modalités de posologie ou d'associations originales.

3) Importance de l'Eosinophilie :

Le Docteur Gérard, Médecin Chef du Poste de Transfusion Sanguine de la Réunion, a effectué une recherche du taux des Eosinophiles sur des prélèvements sanguins recueillis dans le cadre de la collecte de sang. Trois zones ont été retenues :

1/ Le Littoral : Les prélèvements proviennent de toutes les Communes du littoral.

2/ La ligne des 600 m : Les prélèvements ont été effectués dans quelques villages ou Ilets situés à 600 m d'altitude.

3/ Au-dessus de 600 m.

Et n'ont été relevés que les taux d'éosinophiles supérieurs à 10 %.

Les résultats sont les suivants :

Lieu de Prélèvement	Nombre	E. 10 %	%
Littoral	3512	561	16,0 %
.600 m	1014	171	16,8 %
au-dessus de 600 m	273	50	18,3 %

Ces chiffres sont un reflet indirect de l'importance des parasitoses et de leur répartition quasi homogène (le 3e chiffre 18,3 % n'est pas significatif car l'échantillon est trop faible pour être comparé aux deux premiers).

4) Données générales actuelles

A) Les Nématodes

- Trichocéphales et Ascaris sont les parasites dominants.

L'importance de ces deux parasites traduit la gravité de la contamination de l'eau et de la pollution fécale du milieu.

- Les Oxyures existent aussi à la Réunion, et sans doute, de façon importante. Mais il n'y a eu aucune étude faite pour chiffrer leur fréquence.

- Les Nématodes à transmission transcutanée constituent aussi une endémie importante, malgré les chiffres relativement bas de l'enquête du Professeur Larivière.

Comme nous l'avons vu, leur distribution géographique n'est pas homogène et est fonction de l'humidité locale.

En ce qui concerne l'ankylostome, remarquons que les deux espèces : Ankylostome Duodenale et Necator Americanus existent à la Réunion.

../..

B) Les Trématodes :

Comme le prouve l'expérience quotidienne et comme le confirme le rapport du Pr. Larivière, il n'y a à la Réunion ni Bilharziose intestinale ni Bilharziose urinaire.

On peut s'en étonner car il existe de la bilharziose à Madagascar et à l'île Maurice. Il semble que ce soit l'absence du mollusque-hôte qui explique ce fait.

De même il ne semble pas exister de distomatose.

C) Les Cestodes :

Taenia Saginata et Taenia Solium existent aussi à la Réunion sans qu'il soit possible actuellement de chiffrer leur importance relative et leur fréquence.

Les Neurologues de l'île rapportent plusieurs cas de cysticercose cérébrale.

D) Les Protozoaires :

Les Amibes, et leur forme pathogène Entamoeba Histolytica, sont d'une fréquence remarquable. La contamination de l'eau en est responsable. Mais, par l'expérience que nous avons eue dans un hôpital d'enfants, on peut dire que les amibes réunionnaises semblent beaucoup moins virulentes et tenaces que d'autres, celles d'Extrême Orient par exemple. Le tableau clinique ne correspond que très rarement à la "Dysenterie Amibienne" classique.

Les autres protozoaires parasites du tube digestif sont presque tous présents : Entamoeba Coli, Enteromonas et surtout Trichomonas et Lambliase dont la fréquence confirme l'importance du péril fécal.

../..

E) Le Paludisme :

Il n'existe plus à la Réunion depuis plusieurs années.

Dans le rapport d'activités de la DASS, on note qu'en 1970 le Laboratoire antipaludique de Saint-Denis a procédé à l'examen de 39 579 lames de sang. Six lames seulement montraient des hématozoaires, dont quatre correspondant à des personnes venant de pays impaludés.

F) La Filariose :

Sur le total des 39 579 lames examinées, le Laboratoire antipaludique a relvé 211 lames positives à W. Bancrofti. Un foyer est nettement localisé dans la région de Saint-Paul.

5) Conséquences

Les conséquences de cette importante endémie parasitaire sont lourdes, tant pour l'individu que pour la collectivité.

1) L'individu est très souvent affecté par des manifestations aiguës, invalidantes ou mêmes mortelles : anémies graves, complications chirurgicales telles que syndrômes occlusifs, péritonites, abcès du foie.
Il est toujours handicapé par les effets induits de parasitisme :
- anémie,
- accroissement du déficit protidique, vitaminique et de la malnutrition,
- ralentissement du développement staturo-pondéral,
- troubles du comportement (apathie, nervosisme),
- effet multiplicateur des phénomènes morbides.

2) La charge imposée à la collectivité par une telle situation est écrasante. En effet, au coût direct que représentent les journées d'hospitalisation, la consommation médicamenteuse et la prise en charge des arrêts de travail prolongés, s'ajoutent des effets induits non quantifiables :

../..

- retard scolaire,
- attitude générale de passivité,
- faible productivité etc...

Si l'on sait que 1 enfant sur 5 environ est hospitalisé pour parasitose et qu'au total 1 enfant sur 3 l'est pour des motifs fortement liés à ces parasitoses (dénutrition, gastro entérite etc...), l'importance des frais entraînés est évidente. Le chiffre de 1 milliard par an comme dépenses pour ces affections est proche de la réalité (14).

II - L A M A L N U T R I T I O N

Bien que la Réunion soit un département français, elle possède, au même titre que les Pays sous-développés, le triste privilège d'avoir encore un nombre important de malnutris et sous-alimentés.

1) Le déficit nutritionnel est à la fois qualitatif et quantitatif. On peut résumer la situation ainsi :

- excès de glucides (riz, grains secs, lait concentré sucré)
- déficit en protides
- déficit en lipides
- déficit en vitamines

En effet, la structure alimentaire de base du Réunionnais se compose toujours de riz, de légumes secs, d'herbes cuites (brèdes) et de morue salée.

La consommation de viande est faible et rare. L'élevage local est très réduit, alors que les possibilités semblent grandes. Il faut donc importer, de Madagascar ou de Métropole, ce qui rend les prix trop élevés pour le pouvoir d'achat moyen du réunionnais.

En 1972 :	Prix Métropole en NF	Prix à la Réunion en NF
1 kg Poulet	6,40	20 (950 fr.cfa)

Le Vème Plan estimait en 1965 :

- Les besoins en viandes et oeufs à

50 000 tonnes environ

- La production en viandes et oeufs à

7 900 tonnes

En 1967, la Réunion a dû ainsi importer pour plus de 2 Milliards A.F de viandes et de conserves de viandes.

../..

Ce problème des prix élevés est le même en ce qui concerne les autres aliments de base :

En 1972	Prix à Paris	Prix à la Réunion (cfa)
1 kg Riz ordinaire		45
1 kg Poisson frais	5 NF	617
1 dz oeufs	4,30 NF	360
1 kg Jambon	19 NF	1260
1 kg Viande de boeuf	23,20 NF	785
250 gr. Beurre	3,50 NF	205
1 kg Pommes de terre	0,51 NF	60

Il faut dire qu'au problème financier s'ajoute un problème de coutumes et d'habitudes. Par influence, paraît-il, des coutumes malabares, on a pris le dégoût de la viande de boeuf, du lait et des oeufs. D'autant plus qu'on accuse le lait de "donner des vers" ou "le mauvais ventre".

2) Malnutrition et Hypotrophie

Nous emprunterons quelques uns des résultats de l'Enquête Alimentaire faite à la Réunion en 1971 (10).

L'enquête porte sur tous les enfants hospitalisés :

- Au Centre Hospitalier Départemental, Service Pédiatrie de novembre 70 à novembre 71 (274 enfants)
- A la Clinique Sainte-Clotilde, Service Pédiatrie de janvier 71 à novembre 71 (252 enfants)
  Population tout venant, garçons et filles de 0 à 5 ans.

La méthode d'appréciation des résultats utilisés pour l'enquête alimentaire a été le déficit pondéral par rapport à l'âge.

Les courbes de référence utilisées sont celles d'Howard et Meredith qui permettent de comparer la médiane (courbe M) des courbes obtenues avec une courbe P correspondant à "l'enfant normal".

../..

On constate :

- Un début d'infléchissement vers l'âge de 6 mois, mais la courbe M reste au-dessus de la courbe P jusque vers l'âge de 12 mois.

- La courbe M croise la courbe P entre 12 mois et 15 mois et frôle la courbe (P - 10%) à l'âge de 3 ans.

- Par la suite l'écart à la courbe P a tendance à se réduire.

Cette courbe a l'aspect caractéristique retrouvé dans de nombreux pays sous-développés.

"La population la plus exposée est donc comprise entre 12 mois et 3 ans. Cette période critique apparaît étroitement liée à la période qui suit le sevrage et où l'enfant n'est pas encore capable d'accéder aux aliments solides".

Quantitativement, si, avec Mr.Raoult, expert en Nutrition à l'O.M.S, on parle de :

- Sous Nutrition quand les enfants ont un poids inférieur à la courbe P, et de
- Sous Nutrition grave quand les enfants ont un poids inférieur à la courbe (P - 10 %), on totalise :
  - 313 enfants sur 525 (soit 58,5 %) qui sont sous-nutris
  - dont 157 (soit 29,5 %) qui sont sous-nutris.graves

3) Etats de Malnutrition Protéique : Marasme et Kwashiorkor

Chacun connaît le tableau clinique de ces enfants en "marasme", ou, au stade plus poussé, en kwashiokor avec :

- retard staturo-pondéral marqué
- oedèmes avec taux de protides sanguins abaissés
- lésions cutanées

../..

- lésions des phanères (cheveux fins, soyeux, "rouges")

- troubles psychiques : indifférence, tristesse

- troubles gastro-intestinaux

Sur les 524 dossiers d'enfants étudiés, on note 32 cas de malnutrition protéique grave (6,1 %).

Le maximum de fréquence se situe entre 2 et 3 ans.

4) Séquelles à long terme des Hypoprotidémies :

Les modifications psychiques et les signes mentaux font partie intégrante du tableau kwashiorkor. La régression de ces signes au cours de la convalescence est rapide et paraît habituellement complète. Mais le problème de savoir si des séquelles à type de déficience mentale peuvent persister, ou si la guérison apparente s'accompagne d'une diminution appréciable du quotient intellectuel, est actuellement discuté.

Ce problème est d'importance dans les pays où sévit la malnutrition protidique chronique, comme la Réunion. Et il ne peut être indifférent pour un groupe humain qu'un certain nombre d'individus soient diminués dans leurs possibilités intellectuelles, cette atteinte se joignant à l'ignorance et aux facteurs économiques pour entretenir le cercle vicieux du sous-développement.

JAY, Médecin Chef de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Paul (La Réunion), a effectué une enquête sur "le développement intellectuel après les carences protidiques"(17). L'enquête a été réalisée dans l'île même de la Réunion, où plusieurs facteurs se conjuguaient pour donner un intérêt certain à ce travail:

1) La fréquence des carences protidiques;

2) Le développement intense et rapide de la scolarisation depuis 1946 facilitait à priori la passation des tests chez des enfants hospitalisés entre 1958 et 1964 et qui étaient, de 1966 à 1969, dates de l'enquête, en pleine scolarité.

../..

3) L'unité linguistique et culturelle relative, les enfants parlant un "créole" dérivé du français.

4) L'exiguïté de l'île devait permettre de retrouver facilement les enfants étudiés et leur famille.

L'enquête a été faite à partir de 184 dossiers d'enfants :

- de tous âge,
- hospitalisés entre 1957 et 1964 à l'Hôpital d'enfants de Saint-Denis avec un diagnostic de Carence Protidique,
- et qui ont pu être retrouvés plusieurs années après leur hospitalisation.

L'évaluation du niveau intellectuel a été faite au moyen de 4 éléments :

1) Interrogatoire des enfants et des familles : questions simples portant sur la lecture, l'écriture, le calcul;
2) L'Echelle de Binet-Simon, un adulte et, à fortiori, un enfant, devant être considéré comme d'intelligence normale si son niveau au test atteint au moins 9 ans;
3) Le test Mosaïque de Gilles;
4) Le Dessin du bonhomme noté suivant la technique de Goodenough.

Les 184 enfants étudiés se répartissaient ainsi à l'entrée, en fonction du taux des protides sanguins :

- Carences graves (Protides $<$ 45 g/l)	:	62 cas
- Carences moyennes (Protides entre 45 et 60 g/l)	:	64 cas
- Carences légères (Protides $>$ 60 g/l)	:	58 cas

../..

Voici les résultats globaux auxquels a pu aboutir l'auteur :

Intelligence normale : 86

Niveau limite : 26

Débiles légers : 34

Débiles moyens : 24

Débiles profonds : 14

Au total, sur 184 enfants, il y avait 72 arriérés intellectuels (38 %), ce qui représente un taux considérable qui n'a pas de commune mesure avec le taux moyen des débiles dans la population réunionnaise.

Cependant, il paraissait légitime, avant de rattacher ces déficiences à la carence, d'éliminer certaines causes d'erreur et en particulier l'existence d'un retard psychomoteur dès avant la carence. Les enfants ont ainsi été répartis en trois groupes en fonction des antécédents, ce qui permet de dresser le tableau suivant :

	Sujets sans antécédents	Sujets à antécédents chargés	Sujets à antécédents inconnus
Niveau normal	54	17	15
Niveau limite	10	7	9
Débiles légers	13	14	7
Débiles moyens	6	12	6
Débiles profonds	0	11	3
TOTAL	83	61	40
dont débiles :	19	37	16

On constate :

- La majorité des déficients intellectuels se retrouve dans la colonne "Sujets à antécédents chargés" - 37 sur 61 enfants. Ces cas sont inutilisables pour étudier le retentissement intellectuel des carences. Mais cela révèle le nombre important des enfants initialement déficients qui développent secondairement une carence protidique.

../..

- Dans la colonne "Sujets à antécédents normaux" ne figure aucun cas de débilité profonde, mais 19 cas de débilité moyenne ou légère sur 83 cas, soit une proportion de 23 %.

Avant de retenir ce taux, il convient d'éliminer les cas où un autre facteur de déficit intellectuel a pu jouer parallèlement à la carence. Sur les 19 cas retenus, on retrouve :

- 1 cas où des crises convulsives ont précédé la carence et peuvent faire suspecter une lésion cérébrale antérieure;
- 8 cas de débilité familiale, touchant l'un des parents.

Restent donc 10 cas pour lesquels aucune cause de retard ou de débilité n'a pu être décelée en dehors de la carence protidique.

Donc, au total, sur 82 enfants normaux avant la carence, 10 enfants semblent avoir subi une déficience intellectuelle du fait de la carence protidique, soit 12 % :

- 4 cas sont consécutifs à des carences graves,
- 6 cas sont consécutifs à des carences légères.

Nous laisserons JAY conclure ainsi : "Il existe chez les enfants hospitalisés pour carence protidique et n'ayant pas présenté auparavant d'anomalies de développement un nombre d'oligophrénies plus important que dans la population enfantine normale. Il s'agit uniquement dans nos cas de débiles légers et moyens.
Ces débilités sont peut-être séquellaires de la carence. Mais le fait que ces débilités soient plus nombreuses après les carences légères qu'après les carences graves est paradoxal, et incite à se demander si un facteur extérieur à la carence n'a pas été négligé ou si une arriération préexistante est passée inaperçue".

../..

Et plus loin JAY ajoute :

"Nous n'avons pu mettre en évidence, dans notre série, aucun facteur particulier de la gravité des séquelles. En particulier, ni la gravité de la dénutrition protidique appréciée par les signes cliniques, ni le taux des protides sanguins, ni l'âge auquel la carence est apparue, ne paraissent avoir aucune corrélation avec le niveau mental des enfants".

../..

III - LES ANEMIES NUTRITIONNELLES

Dans "Elimination des Maladies de Carence" publié par l'O.M.S en 1970(16), on considère qu'il y a anémie chez les sujets dont les taux d'hémoglobine tombent en dessous de :

- Enfants de 6 mois à 6 ans : 11 g/100 ml
- Enfants de 6 à 14 ans : 12 g/100 ml
- Adultes : hommes : 13 g.
  femmes : 12 g.

Nous avons mené une rapide enquête à l'Hôpital d'enfants de Saint-Denis. L'enquête a porté sur tous les enfants hospitalisés entre le 1er octobre et le 31 décembre 1971, quels que soient leur âge et les raisons de leur hospitalisation (460 enfants).

On obtient les chiffres suivants :

Taux d'Hb g/100 ml	Nombre	%
6 - 8 g/100 ml	12	2,6 %
8 - 10	62	13,5 %
10 - 11	96	21 %

Au total, sur 460 enfants hospitalisés, 170 soit 37 % sont anémiques. Remarquons que nous avons pris comme limite de la normale : 11 g/100 ml.

Jourdain, dans sa thèse sur le problème nutritionnel à la Réunion(10) prend 12 g/100 ml comme chiffre de base. Sur les 524 dossiers d'enfants qu'il a considérés, il trouve 390 taux d'hémoglobine inférieurs à 12 g/100 ml, soit le chiffre inquiétant de 75 % d'enfants anémiques.

../..

Les Causes : Parmi les anémies nutritionnelles, les anémies ferriprives sont de beaucoup les plus nombreuses.

Et pourtant "l'apport de fer alimentaire n'est en général pas particulièrement faible dans les pays tropicaux et subtropicaux où cependant l'anémie est extrêmement répandue" affirme ce rapport de l'O.M.S.

Il en découle que les variations de la quantité absorbée, des besoins internes et des pertes de fer jouent un rôle essentiel dans l'étiologie de l'anémie. Parmi les facteurs qui influent sur l'absorption, on peut citer :

- les caractères physiques du régime alimentaire,
- la tendance du fer à se combiner avec le phytate et le phosphore pour former des sels insolubles,
- l'état du système gastro-intestinal.

"Ces facteurs ont tendance à être particulièrement agissants dans les pays de voie de développement où les régimes alimentaires sont habituellement riches en hydrates de carbone et entravent, du seul fait de leur volume, l'absorption de fer et d'autres nutriments, où la teneur du régime alimentaire en phosphates et en phytates est généralement élevée, et où les états de diarrhée chronique sont très répandus".

Des travaux récents de l'O.M.S (18) tendent à prouver que l'un des facteurs déterminants dans l'apparition des anémies nutritionnelles par trouble de l'absorption en milieu tropical réside dans une carence en acide falique, l'absence de cette vitamine pouvant empêcher l'assimilation du fer.

- La Diarrhée : peut nuire à l'absorption en accélérant le transit des aliments à travers les voies intestinales et en lésant la muqueuse intestinale.
- Des quantités importantes de fer peuvent être perdues par la transpiration dans les régions tropicales et subtropicales, en particulier quand la sueur contient des substances cellulaires.

../..

- Une succession rapide de grossesses a souvent pour effet d'épuiser les réserves de fer.
- L'ankylostomase et l'anguillulose représentent une cause importante de déperdition de fer parce qu'elles provoquent des spoliations sanguines constantes dans l'intestin.

Parmi tous ces facteurs relevés par l'O.M.S pour expliquer l'importance des anémies ferriprives dans le monde, on peut faire ressortir deux causes principales pour la Réunion :

1) les troubles d'absorption,

2) les parasitoses (amibes, anguillules, ankylostomes).

IV - LA TUBERCULOSE

I) Importance de la Tuberculose à la Réunion

Nous avons pris les chiffres des nouveaux cas de tuberculose dépistés par les dispensaires de lutte anti-tuberculeuse pendant les dix dernières années.

Nous distinguerons :

1) Les virages simples des réactions cutanées tuberculiniques. A remarquer qu'à la Réunion les primo infections tuberculeuses sont encore trop souvent non traitées !!! Certains médecins à temps complet des dispensaires anti-tuberculeux ou des Services hospitaliers les relâchent dans la nature sans traitement ni surveillance...

2) Les primo infections avec signes cliniques, radiologiques ou biologiques;

3) Les pleurésies;

4) Les tuberculoses pulmonaires avec image radiographique;

5) Les tuberculoses extra-pulmonaires (osseuses, urinaires);

6) Les séquelles ou les récidives.

Années	1962	1963	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Virage simple	391	312	1253	1509	1184	153	583	824	673
Primo infection	143	44	65	80	64	13	69	120	122
Pleurésie	14	1	5	12	10	7	24	19	19
T.P.	312	197	168	221	193	71	370	381	326
T. extra P.	2	1	2	7	3	0	2	7	2
Séquelles ou Récidives	170	102	94			2	41	66	27
TOTAL	1032	657	1587	1831	1474	246	1089	1487	1169

A remarquer qu'il n'a pas été possible d'avoir de chiffres pour l'année 1964.

../..

De ce tableau on peut tirer :

- une moyenne par année de 1150 cas de tuberculose dépistés
- un taux de morbidité, pour une population de 450 000 habitants en 1970, de 2,6 pour 1000 (contre 0,1 pour 1000 en Métropole)

Il est certain que les chiffres donnés ne représentent absolument pas la totalité des cas de tuberculose à la Réunion car bien des primo infections ou des tuberculoses cliniques ne sont pas déclarées.

II) Aspects socio-économiques

Nous emprunterons les principales conclusions d'un travail récent (19) :

1) Sexe et âge des malades : L'étude de l'âge des malades permet de constater un nombre assez élevé de primo infections jusqu'à 10 ans, une chute de la morbidité de 10 à 20 ans, puis une remontée progressive de 20 à 40 ans, avec un plateau se maintenant jusqu'à 50 ans. Puis une régression progressive de l'atteinte tuberculeuse au fur et à mesure que l'on se rapproche de la vieillesse.

Quant au sexe, rien de particulier puisqu'ici comme partout la tuberculose touche 3 hommes pour 1 femme.

2) La famille du tuberculeux

Sanvoisin et Richer(20) aboutissent à la même conclusion quant au nombre d'enfants par famille de tuberculeux. Dans 60 % des cas, les familles ont au moins 5 enfants.

3) La profession des malades

Comme chacun le sait, la tuberculose est surtout le fait des familles déshéritées. Sanvoisin constate que 1 tuberculeux homme sur 4 est un manoeuvre ou un journalier et 1 tuberculeux homme sur 5 appartient aux professions du bâtiment.

Richer note que dans les familles de tuberculeux 53 % des adultes sont sans emploi et 20 % sont des chômeurs saisonniers.

../..

4) Répartition géographique

Le Nord de l'île est un peu plus atteint que le Sud : 1,2 % de morbidité contre 0,7 %.

Saint-Denis totalise à elle seule 31 % des cas pour seulement 1/5 de la population de l'île.

III) Lutte Préventive - B.C.G

Le B.C.G est pratiqué depuis peu puisqu'il a fallu attendre 1970 pour qu'une campagne s'organise au moyen des V.A.T (volontaires à l'Aide Technique) affectés à cette tâche, les responsables ayant négligé cette prévention jusqu'alors.

1) Les dispensaires de lutte anti-tuberculeuse ont pratiqué :

En 1968	6 136	B.C.G
1969	18 599	-
1970	10 430	-
1971	24 798	-

2) Les centres de P.M.I ont réalisé, en 1970, 2 319 vaccinations par le B.C.G sur des enfants âgés de 0 à 6 ans. En 1971, un effort important fait en ce domaine a permis à la P.M.I de pratiquer 38 000 B.C.G. Cette augmentation très importante peut laisser espérer une diminution de la morbidité tuberculeuse à la Réunion dans les années qui viennent. Mais il est regrettable que les enfants ne soient pas davantage vaccinés dans la première année de vie : Sur les 38 000 B.C.G pratiqués en 1971, 1 200 seulement ont été faits sur des enfants âgés de 0 à 1 an.

../..

CONCLUSIONS :

Le problème de la Tuberculose est majeur à la Réunion :

1) Le B.C.G n'est pas fait quand il le faut et où il le faut. Il faudra faire des efforts pour que les enfants soient vaccinés dès la naissance dans le milieu hospitalier où ils seront nés. Aucune maternité ne le pratique jusqu'à maintenant.

2) Il est inadmissible que les "virages simples de Cuti" ne soient pas traités ni surveillés.

3) Le domaine médico-social, en ce qui concerne la tuberculose, est inexistant. Il n'existe aucun centre de rééducation dans la vie sociale des malades traités. Le Sanatorium du Tampon, le seul de l'île, reçoit un malade traité sur deux (214 lits). Mais un malade sur deux sort de cet établissement non guéri, soit par évasion, soit par non retour de permission, soit sur sa demande contre avis médical !
On pourrait sans doute faciliter l'adaptation des malades à la cure sanatoriale en profitant de la cure pour augmenter le niveau culturel ou professionnel des malades.

../..

V - L' A L C O O L I S M E

I) Importance du problème

Depuis l'implantation de la canne à sucre dans l'île, c'est le rhum qui a constitué la base de l'alcoolisation. Mais l'importance de la consommation a varié suivant les moeurs. L'adjonction d'autres boissons alcoolisées que le rhum est un phénomène récent qui n'a pris toute son ampleur que dans les dix dernières années.

Nous avons tiré de l'étude sur "l'Alcoolisme à la Réunion"(21), faite par Jay, Médecin-Chef Psychiatre de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Paul, le tableau ci-dessous, très évocateur. Il donne, en hectolitres, la quantité globale consommée des principales catégories de boissons.

Pour chacune des boissons, il est noté la quantité globale consommée et, en dessous, la quantité d'alcool pur correspondant, toujours en hectolitres. Par ailleurs, on en déduit la quantité d'alcool pur en litres consommé par an par habitant et, chiffre plus intéressant, par adulte (âgé de plus de 20 ans).

	Rhum	Vin	Bière	Whisky :Lique.	Apér.	Total	Par Habitant en l.	Par Adulte en l.
1954 quantité globale	27555	46252	4712	330	1390			
Alcool pur	13502	5319	377	132	278	19608	6,96	14,88
1964	37152	72459	28354	1641	1533			
	18204	8333	1701	656	306	29111	7,47	17
1968	43481	89070	36788		12519			
	21306	10243	2190	1497	6223	41459	9,64	21,26

../..

Que peut-on en conclure ?

1) La consommation de Rhum a augmenté de 192 % entre 1954 et 1968 alors que pendant le même temps la population ne s'accroissait que de 152 %.

2) La consommation de Vin a augmenté dans les mêmes proportions (192%). Le vin s'est répandu, dans les dix dernières années, dans les classes populaires qui n'en consommaient pratiquement pas auparavant, l'élévation relative du niveau de vie leur permettant d'acheter cette boisson plus coûteuse que le rhum.

3) La Bière était peu connue il y a dix ans. La mise en route d'une brasserie locale a provoqué un démarrage en flèche : si on considère les quantités d'alccol pur, les chiffres de 1968 sont les 780 % de ceux de 1954. Et la production locale n'a pas fait reculer les importations.

4) Quant au Whisky, réservé aux classes aisées en raison de son prix et ne représentant qu'une faible partie de l'alcoolisation, il bat les records de l'augmentation avec le chiffre de 1134 %...
Comme dans tous les pays chauds, la tentation de boire abondamment des alcools dilués est grande. L'alcoolisme dans la classe aisée pose les mêmes problèmes qu'en Métropole.

5) Le Rhum reste le principal responsable de l'alccolisation générale. En 1968, le rhum représentait 62,6 % de l'alcoolisation totale contre :

24,7 % pour le vin
5,28 % pour la bière
3,6 % pour le whisky
3,8 % pour les spiritueux importés

En chiffres absolus, la Réunion est moins alcoolique que la France Métropolitaine puisque, en moyenne, le réunionnais boit 22 litres d'alcool pur par an contre 28 litres pour le Français Métropolitain, 24 pour l'Italien et 13 pour le Suisse.

../..

Mais les 22 litres réunionnais sont en réalité plus graves que les 28 litres métropolitains, car l'alcoolisation provoque des complications d'autant plus fréquentes et précoces que le régime alimentaire est pauvre et déséquilibré...

II) Les Causes

Les causes de cette alcoolisation massive sont nombreuses et nous ne voulons pas entreprendre ici une étude détaillée à ce propos.

Mais à côté des causes classiques et non spécifiques à la Réunion :

- pression sociale (publicité, conventions),
- entraînement par les camarades, "bistrotisme",
- avantages procurés : "le rhum, il fait dormir, il donne de l'appétit, il tire la fatigue de la journée, il tire le tracas, il rend gaillard",

nous voudrions souligner les motifs économiques.

A la Réunion, le Rhum est la boisson la moins chère : un verre de rhum est moitié moins cher qu'un jus de fruit, moins cher même que la limonade.

Jay a calculé qu'en 1964 un travailleur au SMIC, avec une heure de travail, pouvait payer une tournée de rhum à quatre camarades, alors qu'il devait travailler deux heures pour offrir du coca-cola...

III) Les conséquences à la Réunion

1) Complications médicales :

Toutes les complications de l'alcoolisme se rencontrent dans l'île.

- Les polynévrites, de type alcoolo-carentiel, sont particulièrement fréquentes : l'alcool détruit la vitamine B1 déjà peu abondante dans un régime à base de riz. Elles guérissent vite et sans séquelles.
- Les cirrhoses sont considérées depuis toujours comme rares. Mais depuis quelques années leur fréquence augmente. Elles touchent le plus souvent les femmes,

../..

sans doute parce qu'elles consomment plus exclusivement le vin que les hommes.

- L'Epilepsie est beaucoup plus fréquente à la Réunion qu'en Métropole ou qu'en Afrique. L'alcool y a certainement une grande responsabilité.(22)

2) Complications psychiatriques

Il n'existe dans l'île qu'un seul hôpital psychiatrique à Saint-Paul. Le tableau ci-dessous résume le nombre des entrées annuelles pour alcoolisme comparé au nombre des entrées totales.

	Hommes			Femmes		
	Entrée totale	Pour Alcool	%	Entrée totale	Pour Alcool	%
1960	547	197	36 %	364	26	7,1 %
1962	673	275	40,8 %	438	33	7,5 %
1964	921	386	41,9 %	445	59	11,3 %
1966	1 072	507	47,3 %	721	91	12,6 %
1968	1 384	721	52,1 %	874	147	16,8 %
1970						

Plus d'un homme sur deux rentre à Saint-Paul pour alcoolisme.

Jay a pu calculer que le taux des entrées pour alcoolisme à Saint-Paul, pour les hommes de plus de 30 ans, est environ de 11 % chaque année.

3) Alcool et Délinquance

Dans une étude reprenant tous les crimes de sang de 1960 à 1964(28), Jay a montré que, sur 146 affaires de violence, l'ivresse de l'un ou des deux protagonistes était responsable de l'explosion dans 90 cas, soit dans 61 % des cas.

4) Alcool et mortalité

Une comparaison des décès par tuberculose, cancer et alcoolisme permet de situer l'alcoolisme comme le deuxième fléau social dans l'île.

../..

	1967	1968	1969	1970
Tuberculose	58	63	59	62
Cancer	146	192	189	206
Alcoolisme	75	83	128	124

Dans ce tableau extrait du rapport de la DASS 1970, les 124 décès qui sont directement attribués à l'alcool pour 1970 ne comprennent pas les 75 décès par cirrhose du foie ni toutes les victimes indirectes de l'alcool (crimes, accidents...)

Il faudrait encore étudier les conséquences de l'alcoolisme sur la vie familiale, les enfants, l'Economie Réunionnaise.

VI - LES MALADIES VENERIENNES

Le tableau ci-dessous donne, pour les quatres dernières années, le nombre de malades vénériens dépistés dans les diepensaires de lutte anti-vénérienne du département :

	1968	1969	1970	1971
Primaire	15	19	24	49
Secondaire	37	40	19	25
ancienne avec signes cliniques	0	0	0	0
Sérologique	258	254	218	208
Blennorragie	39	70	41	45
Chancre Mou	3	2	3	8

Et le nombre de déclarations obligatoires, pour les maladies vénériennes s'élève à :

	1968	1969	1970	1971
Primaire	21	26	30	64
Secondaire	52	55	34	36
Blennorragie	61	84	47	63
Chancre Mou	3	1	0	8

D'autre part, le Poste de Transfusion Sanguine de Saint-Denis à la Réunion nous a communiqué le nombre de prélèvements sanguins s'avérant positifs aux tests sérologiques de la Syphilis (Klein, Kolmer et V.D.R.L), pour les deux dernières années. Les prélèvements sont un bon reflet de la population générale puisque toutes les communes de l'île participent aux collectes de sang.

Années	Nombre de prélèvements	Sérologie	%
1970	13 586	210	1,5 %
1971	16 562	279	1,6 %

../..

Là encore, ces chiffres ne reflètent pas la réalité car les médecins ne déclarent pratiquement pas les maladies vénériennes. En particulier les B.W en début de grossesse ne sont pas demandés sauf dans les consultations de P.M.I. Ce fait d'ailleurs est une des raisons qui poussent les femmes à ne pas se faire suivre en P.M.I pour éviter la prise de sang. Ce problème est grave, car beaucoup de femmes accouchent sans avoir eu ni B.W, ni groupe sanguin. Le nombre des syphilis congénitales tend à s'accroître dans les Services de pédiatrie.

Donc, l'importance du problème est plus grande que ne le laisserait supposer les chiffres. On peut même affirmer que les maladies vénériennes sont en pleine recrudescence à la Réunion. A ceci, plusieurs raisons :

- développement de la prostitution (en particulier au port),
- ignorance totale du public,
- libéralisation des moeurs,
- grand brassage de populations.

Néanmoins, statistiquement parlant, le problème des maladies vénériennes ne se pose pas avec plus d'acuité qu'en Métropole.

VII - PATHOLOGIE INFECTIEUSE

1) Maladies d'origine hydrique

Elles sont beaucoup plus fréquentes qu'en France métropolitaine. Nous avons vu, en étudiant les problèmes de l'eau à la Réunion, quelle était la déplorable situation en ce domaine.

En 1970, ont été déclarés à la Réunion :

101 cas de thyphoïde

34 cas de leptospirose

contre respectivement 8 cas et 1 cas dans le Doubs (chiffre de population semblable). Là encore le chiffre est inférieur à la réalité. La thyphoïde est encore endémique dans certains secteurs de l'île.

2) Le Tétanos

- 31 cas en 1969 et 27 cas en 1970 de tétanos ont été déclarés à la Réunion.
- 16 décès par tétanos en 1970,
- plus du tiers de ces décès sont des tétanos néo-nataux.

Ces chiffres montrent l'importance du problème local. Insistons sur la fréquence relative du tétanos néo-natal (5 à 10 cas tous les ans) qui ne devrait plus se voir, et dû au manque d'asepsie au moment de l'accouchement fait trop souvent à domicile par un personnel incompétent. Et trop d'adultes ne sont pas vaccinés.

3) Hépatites Virales

- 21 cas en 1970 dans un Service de médecine générale du C.H.D. de Saint-Denis (1800 à 2000 malades par an).
- 10 cas en 1970 sur les 1750 enfants hospitalisés à l'hôpital d'enfants de Saint-Denis.
- 33 recherches d'antigènes "Australie" positives sur 4510 prélèvements sanguins faits pendant les trois premiers mois de 1972 par le Centre de transfusion sanguine.

../..

Il semble que l'hépatite virale soit fréquente à la Réunion comme le suggèrent ces chiffres et comme nos confrères locaux en témoignent par leur expérience. Il semble d'ailleurs qu'il existe une pathologie virale en général importante mais l'absence de laboratoire de virologie empêche tout travail important en ce domaine.

4) Méningites et Septicémies

- 20 cas de Méningite et 17 décès par méningite ont été déclarés à la DASS en 1970.
- L'Hôpital d'enfants de Saint-Denis a relevé 20 cas de méningite et 14 cas de septicémie en 1971.

C'est dire que les chiffres de la DASS sont certainement très en dessous de la vérité et c'est souligner la fréquence de cette pathologie microbienne. Notons que seules les méningites à méningocoques sont à déclaration obligatoire alors que la plupart des méningites sont à d'autres germes (staphylocoques, germes intestinaux).

Les mauvaises conditions de vie d'une part, l'état de dénutrition et d'hypotrophie d'une grande partie de la population d'autre part peuvent expliquer en partie pourquoi cette pathologie infectieuse est si fréquente.

Un comité d'experts de l'O.M.S, qui a rédigé récemment un rapport (23) sur la relation entre la nutrition et l'infection, a adopté le terme "synergique" pour qualifier l'effet d'aggravation mutuelle. Ce comité a conclu que les résultats des expériences dont on dispose maintenant confirment les constatations cliniques et épidémiologiques selon lesquelles la carence protéïno-calorique grave et une malnutrition généralisée accroissent la réceptivité du sujet à un grand nombre de maladies infectieuses et que certaines carences en vitamines (vitamine A et C en particulier) sont synergiques avec la plupart des infections.

../..

5) La Pathologie Streptococcique :

Cette pathologie streptococcique semble mériter une place à part par ses particularismes locaux.

Nos confrères pédiatres de l'Île ont la notion expérimentale d'une "pathologie streptococcique dissociée":

- grande fréquence du R.A.A,
- rareté des scarlatines et des glomérulonéphrites aiguës Streptococciques; ces dernières semblent toutefois plus fréquentes actuellement qu'il y a 4 ou 5 ans.

Aucune étude approfondie n'a été faite à ce sujet. Nous ne pouvons livrer à ce dossier que quelques chiffres qui, pour peu significatifs qu'ils soient, semblent corroborer cette notion :

En 1971 :

	Scarlatine	G.N.A.	R.A.A.
Hôpital d'enfants de Saint-Denis	0	2	8
Service de Médecine du C.H.D	0	0	19

6) Gastro-entérites :

Gastro-entérites et déshydratations aiguës du nourrisson sont la pathologie quotidienne du pédiatre réunionnais.

La très nette recrudescence des mois d'été (décembre, janvier, février) est liée aux températures alors très élevées (moyenne des températures en janvier 71 à Saint-Denis : 26°7).

../..

Mais bien d'autres facteurs interviennent :

- les conditions de vie,
- la mauvaise qualité des eaux,
- les coutumes : plus il fait chaud, plus on couvre les enfants...
- l'ignorance totale des gens quant aux premiers soins à faire pour une diarrhée débutante,
- les fautes d'hygiène faites dans la préparation des biberons.

Le Rapport de la DASS mentionne, pour 1970 :

- 152 cas de décès par toxicose parmi la population infantile,
- 220 cas de décès par toxicose infectieuse parmi la population globale.

Pour le seul hôpital d'enfants de Saint-Denis (1 800 malades par an), et en ne considérant que les cas des enfants qui ont été perfusés pour déshydratation, on note :

En 1970 : 215 "toxicoses" dont 14 décès

EN 1971 : 86 "toxicoses" dont 1 décès

9 coprocultures positives à des colibacilles

Il semble que beaucoup de gastro-entérites soient d'origine virale, car les coprocultures sont fréquemment négatives. Les germes les plus souvent rencontrés sont le staphylocoque et escherichia coli. Les parasitoses sont bien sûr un facteur important isolément ou associées aux facteurs précédents, aggravant le tableau clinique.

Les autres maladies infectieuses de l'enfant ne semblent pas être d'une fréquence particulière par rapport à la Métropole (coqueluche, rougeole, rubéole). Et leurs formes ne sont pas très graves. Ces maladies infectieuses ne sont responsables que d'une faible mortalité alors qu'elles font, comme la rougeole, des ravages à Madagascar et en Afrique.

../..

7) Affections Dermato-allergologiques :

Parmi les manifestations allergiques, l'asthme est de loin la plus fréquente. Tous les âges sont atteints et les Services de pédiatrie reçoivent un bon nombre d'enfants porteurs d'asthmes chroniques et rebelles aux thérapeutiques usuelles. Si l'asthme est très largement retrouvé dans l'ensemble de l'île, il semble qu'il y ait certaines "zones d'endémie" où il est particulièrement fréquent (zone de Grand Ilet dans le cirque de Salazie). Les facteurs étiologiques sont certainement multiples et intriqués les uns aux autres :

- pollinoses (fleurs des cannes à sucre)
- mycoses
- humidité
- chaleur et vent
- facteurs psychologiques, sans doute très importants
- facteurs familiaux et héréditaires

Dans le domaine des affections dermatologiques, la gale et les mycoses tiennent une place toute particulière par leur fréquence très grande, la difficulté à les traiter surtout dans le cadre d'une médecine libérale et les complications infectieuses.

../..

L'EQUIPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL

I) Les Hommes

II) L'Equipement Sanitaire

III) L'Equipement Social

IV) La P.M.I

V) L'Hygiène Scolaire

VI) Les Crèches et Garderies

VII) Ecoles de Formation

I - LES HOMMES

1) Le Corps Médical :

A- Nombre

Le département comptait :

En 1968 : 165 médecins
1969 : 173 "
1970 : 204 "
1971 : 224 "

Pour 1971 les médecins étaient répartis comme suit :

Médecins de Médecine Générale	116	Pratique libérale
Médecins Spécialistes	46	
Médecins compétants qualifiés	2	
Médecins administrateurs (DASS)	2	
Médecins Militaires	6	
Médecins de Sécurité Sociale	5	
Médecins Contractuels Hygiène Sociale	5	
Médecins Contractuels Hygiène Scolaire	6	
Médecins des Hôpitaux publics à temps plein (dont 7 Spécialistes)	10	
Médecins contractuels de P.M.I	13	
Médecins de Sanatorium (Spécialistes)	2	
Médecins Contrôleurs de l'Aide Sociale	4	
Médecins des Laboratoires publics	2	
Médecins des Hôpitaux Psychiatriques	5	
	224	

Au total, il y avait au 31 décembre 1971

224 Médecins

Soit : 1 Médecin pour 2 044 habitants.

../..

En 1965 : Il y avait 1 Médecin pour 3 070 habitants

contre 1 pour	410	habitants en Israël
	480	U.R.S.S.
	590	Italie
	670	U.S.A
	830	France
	920	Japon
	2 110	Guadeloupe
	2 360	Brésil
	4 880	Inde
	8 590	Algérie
	10 540	Madagascar
	26 680	Cameroun
	31 740	Indonésie
	62 430	Ethiopie
	77 110	Haute Volta

Pour 100 000 habitants, il y avait en 1971 :

	49	Médecins à la Réunion
	111	" en Suède (1967)
contre :	130	" en France (1970)
	163	" aux U.S.A (1969)
	259	" en U.R.S.S (1968)

Si on ne considère que les Médecins de Pratique Libérale, il y avait en 1971 à la Réunion :

1 Médecin pour 2 792 habitants

soit 36 Médecins pour 100 000 habitants

contre102 en France

../..

Conclusion :

On remarque que la Réunion, en 1965, avec 1 Médecin pour 3 070 habitants, se situait de façon schématique dans les tout derniers rangs des Pays Industrialisés mais dans les tout premiers rangs des pays sous développés. Position intermédiaire qui fait tout de même de la Réunion un pays privilégié au point de vue de la Démographie Médicale et par "rapport à de nombreux autres paramètres qui, on l'a vu, la classerait dans les "Pays Sous Développés".

B- Répartition

Les Médecins sont assez uniformément répartis tout au long du littoral, avec naturellement une concentration dans les centres urbains.

2) Les Paramédicaux

A- Les Chirurgiens-Dentistes

Au 31 décembre 1971, on comptait :

37 Cabinets principaux

4 Cabinets secondaires

5 Remplaçants ou Assistants

La proportion Dentiste-Population était de 1 chirurgien-dentiste pour 8 978 habitants,

contre : 1 pour 2 480 habitants en France

1 " 2 080 " aux U.S.A.

1 " 3 330 " en U.R.S.S.

1 " 81 000 " en Afrique

1 " 108 000 " en Inde

../..

B- Pharmaciens et Propharmaciens

Au 31 décembre 1971, on comptait :

2	Pharmaciens	de Société Pharmaceutique
11	"	de Laboratoires d'analyses
69	"	d'officine
3	"	assistants
1	"	inspecteur
1	"	contrôleur de l'Aide Sociale
14	"	d'Etablissements Hospitaliers
101		

A cela il faut ajouter 11 Médecins Propharmaciens.

Cela correspond à 1 Pharmacien pour 4 500 habitants

contre 1	"	"	730 à Monaco
1	"	"	10 Millions au Népal
1	"	"	3 000 en France

C- Les Sages-Femmes

Au 31 décembre 1971 :

13	de pratique libérale
38	dans les Etablissements hospitaliers, de soins et de cure publics et privés
23	dans les centres de P.M.I
74	

D- Infirmiers et Infirmières

Au 31 décembre 1971 :

735	Diplômés d'Etat
183	Infirmiers du Secteur Psychiatrique
163	Autorisés (y compris auxiliaires et Sanatorium)
29	Puéricultrices
8	aides-anesthésistes
1118	

../..

E- Auxiliaires Médicaux

- Masseurs Kinésithérapeutes	33
- Pédicures	2
- Opticiens Lunetiers	6
- Orthophonistes	3
- Audioprothésistes	2
- Aide Orthoptistes	2

../..

II - L'EQUIPEMENT SANITAIRE

Au 31 décembre 1971 l'équipement hospitalier était le suivant :

1) Etablissements Publics

A- Centre Hospitalier Départemental de Saint-Denis

59 Médecins

562 Soignants et Assimilés

804 Lits

	Nb. de lits	Séjour Moyen	coefficient d'occupation
Médecine Générale	156	10	0,81
Pédiatrie	70	25	1,04
Prématurés	9	27	1,48
Phtisiologie	110	72	1,14
Cardiologie	28	15	0,89
Dermato	16	17	1,70
Chirurgie	165	16	1,10
Réanimation	19	8	0,68
Maternité	42	7	0,88
Gynécologie	28	12	0,67
O.R.L	27	11	0,75
Ophtalmologie	31	23	0,68
Chroniques	40	67	0,68
Stomatologie	10	10	0,40
Léproserie	53	233	0,25

N.B - Le coefficient d'occupation ne doit pas, dans les normes, dépasser 0,80.

../..

B- Hôpital de Saint-Pierre

25 Médecins

147 Soignants et Assimilés

290 Lits

	Nb. de lits	Séjour Moyen	coefficient d'occupation
Médecine Générale	85	16	0,93
Pédiatrie	40	21	0,95
Chirurgie	90	13	0,91
Maternité	35	7	0,87
O.R.L	20	12	0,97
Ophtalmologie	20	15	0,44

N.B - Le nouvel hôpital en construction entrera en Service en et disposera de 975 lits.

C- Hôpital de Saint-Joseph

11 Médecins

61 Soignants et Assimilés

230 Lits

	Nb. de lits	Séjour Moyen	coefficient d'occupation
Médecine Générale	66	13	1,05
Chirurgie	40	8	0,49
Maternité	21	7	0,36
Convalescents	13	21	0,05
Hospice	90	359	1,04

../..

D- Hôpital de Saint-Paul

11 Médecins

133 Soignants et Assimilés

326 Lits

	Nb. de lits	Séjour Moyen	coefficient d'occupation
Médecine Générale	195	11	0,71
Pédiatrie	40	19	1,54
Maternité	27	11	0,78
Hospice	64	963	1,11

E- Hôpitaux Ruraux

		Nb. de lits	Séjour Moyen	coefficient d'occupation
Saint-Benoît	Médecine Générale	50	16	1,21
8 Médecins	Pédiatrie	47	21	0,99
115 Lits	Maternité	18	5	0,78
Saint-Louis	Médecine Générale	86	13	0,69
11 Médecins	Maternité	22	9	0,76
141 Lits	Hospice	33	694	0,92
Saint-André	Maternité	18	9	0,92
9 Médecins	Hospice	34	314	1,82
52 Lits				
Le Port	Médecine Générale	10	11	0,43
4 Médecins	Maternité	26	6	0,91
32 Lits				
Cilaos	Médecine Générale	12	16	1,63
2 Médecins	Maternité	8	6	0,24
20 Lits				

../..

F- Hôpitaux Spécialisés

	Nb. de Lits	Séjour Moyen	coefficient d'occupation
Hôpital Psychiatrique de Saint-Paul 8 Médecins	488	50	0,91
Sanatorium du Tampon 2 Médecins	214	172	0,67

2) Etablissements Privés

A- A but non lucratif

	Nb. de lits	Séjour Moyen	coefficient d'occupation
Foyer de St-Gilles les Hts (convalescents)	150	152	1,02
Préventorium du Bois d'Olives	85	324	0,70
Hôpital d'enfants de Saint-Denis	165	35	1,00
Hôpital d'enfants de Saint-Louis	220	37	1,11

../..

B- A but lucratif

		Nb. de lits	Séjour Moyen	coefficient d'occupation
Clinique de Sainte-Clotilde	Pédiatrie	65	29	0,70
	Chirurgie	95	9	0,82
	Maternité	23	6	0,82
	Médecine	40	14	0,79
Clinique de Saint-Benoît		235	23	0,94
Clinique Prudent à Saint-Pierre	Chirurgie	24	5	0,69
	Maternité	6	9	1,60
Clinique Lamarque à Saint-Denis	Chirurgie	16	6	0,76
	Maternité	14	6	1,14
Clinique Hoareau à Saint-Pierre	Chirurgie	44	12	0,89
	Maternité	10	10	1,26
Clinique du Port	Chirurgie	43	9	0,75

CONCLUSIONS :

1) Equipement existant :

Fin 1971 il existait à la Réunion 22 établissements sanitaires totalisant le nombre de 3 972 lits dont :

Médecine Générale et Spécialités	905 lits
Chirurgie	832 "
Maternité	295 "
Pédiatrie	647 "
Convalescents et chroniques	132 "
Psychiatrie	488 "

../..

Pour une population de 455 000 habitants en 1971, cela correspond à :

	1 lit pour	114	habitants
contre :	1 -	74	en Suède
	1 -	87	en France
	1 -	110	aux U.S.A
	1 -	140	en Israël
	1 -	570	au Maroc
	1 -	1 400	au Sénégal
	1 -	2 000	en Inde

A- Au point de vue des lits de Pédiatrie, le département possède actuellement un total de 647 lits selon les estimations de la DASS. Ce chiffre est au-dessous de la réalité, car d'une part presque tous les Services de pédiatrie ont des lits surnuméraires et d'autre part, certains lits n'ont pas été comptés (comme les 65 lits du Service de pédiatrie de Sainte-Clotilde). Le chiffre réel doit donc dépasser 700 lits.

Si on compte qu'il y a environ 244 000 enfants nés entre 1956 et 1971 inclus et relevant donc de la pédiatrie, cela correspond à 1 lit pour 350 enfants.
Et le coefficient moyen d'occupation des lits de pédiatrie est de 1,06 (maximum admissible 0,80). Doit-on en déduire que le département a un équipement hospitalier insuffisant dans le domaine pédiatrique ?

En fait, il y a suffisamment de lits de pédiatrie. Ainsi, dans la circonscription de Saint-Denis qui regroupe 330 lits de pédiatrie ventilés comme suit :

C.H.D	70 lits
Sainte-Clotilde	65 lits
Hôpital d'enfants	165 lits
Programmés	30 lits (CHD)

la commission départementale d'hospitalisation, réunie en février 1973, a estimé les besoins à :

- 1970 : 167 lits
- Horizon 1977 : 187 à 212 lits
- Horizon 1987 : 219 à 301 lits

../..

Ces chiffres ont été calculés en prenant pour indice théorique lits-population 1,39 pour 1000 habitants, alors que l'indice officiel métropolitain est de 0,75. Cette détermination pour la Réunion d'un nouvel indice pour la pédiatrie a été motivée par les aspects démographiques particuliers de l'île :

- Taux de Natalité de 31,7 %
  contre 17,1 % en Métropole.
- Taux d'enfants de moins de 12 ans au 1/1/1971 de 36 %
  contre 18 % en Métropole.

Ainsi donc, même dans les hypothèses les plus hautes, la circonscription de Saint-Denis semble d'ores et déjà suffisamment équipée en lits de pédiatrie pour les vingt années à venir.

Et pourtant, les Services de pédiatrie sont toujours submergés. Les coefficients d'occupation sont élevés (1,04 au C.H.D en 1971).

D'une part, les lits de pédiatrie sont mal répartis dans l'île. C'est ainsi que le secteur de Saint-Denis reçoit des enfants provenant de secteurs sous-équipés comme ceux de Saint-Paul ou de Saint-Benoît.

D'autre part, les lits sont occupés pour le tiers au moins par des enfants qui ne devraient pas y être (parasitoses, hypotrophies, primo-infections). Tant que cette pathologie liée aux conditions socio-économiques persistera, la situation actuelle se prolongera. D'autant plus qu'il y a une grande carence en Services de chroniques ou de convalescents. L'indice officiel pour les lits de convalescents enfants est de 0,4 pour 1000 habitants, ce qui situe les besoins de l'île aux environs de 180 lits, chiffre certainement au-dessous des besoins réels.

B- Dans le domaine de la Psychiatrie, les besoins sont encore plus grands. Il n'existe actuellement pour toute l'île que les 488 lits de l'Hôpital Psychiatrique de Saint-Paul. Les 476 lits de psychiatrie du futur hôpital de Saint-Pierre ne couvriront que partiellement les besoins.

../..

C- A partir du nombre de lits en Maternité, nous nous sommes livrés au calcul suivant :

Le département totalise 295 lits dont le coefficient moyen d'occupation est 0,87, ce qui correspond à 260 lits occupés à 100 %. Puisque le séjour moyen en Maternité, pour tout le département, est de huit jours, on en déduit qu'il y a 265 x 45 = 11 000 naissances environ par an en Maternité. Il y a 14 000 à 15 000 naissances par an...Cela traduit la fréquence des accouchements à domicile...

Au Total, conclut le rapport de la DASS, "la prise en compte, à l'expiration du Vème Plan, des résultats obtenus dans le domaine des réalisations ne peut que dicter une attitude dubitative, teintée de pessimisme quant aux possibilités de couverture intégrale des besoins essentiels en matière d'Equipement".

Quel est le bilan du Vème Plan ?

a) En ce qui concerne le bilan des opérations ou des programmes engagés au cours du Plan (c'est à dire des ouvertures de subventions par la Santé Publique et le FIDOM (Fonds d'Investissements des D.O.M), des contrats de prêts, des participations de la Sécurité Sociale et des Collectivités locales), c'est un échec puisque le taux d'engagement est de seulement 41 % dont 45 % pour le Sanitaire (761 Millions cfa contre les 1 656 Millions prévus au Plan) et 23 % pour le Social (100 Millions cfa contre les 424 Millions prévus). Les taux à l'échelon national sont respectivement de 81,7% et de 61,7%.

b) En ce qui concerne les Paiements, la situation est encore plus grave puisque le taux d'exécution n'est que de 5% (ce taux ne pouvait dépasser 37,5% au 31 décembre 1970 car les subventions de l'Etat sont versées suivant un échéancier s'étalant sur huit années à partir de l'année de l'octroi de la promesse de subvention : Pour le Vème Plan c'est jusqu'en 1977 qu'il faut donc envisager les possibilités de financement).

Ce taux est de 6% pour le Sanitaire et de 1% seulement pour le Social.

../..

2) Fonctionnement administratif

A partir des statistiques des établissements hospitaliers publics, on peut tirer les conclusions suivantes :

A- La fréquentation hospitalière se maintient à un niveau fixe depuis trois ans (environ 875 000 journées).

B- Les durées moyennes de séjour sont de loin inférieures à celles de la Métropole (12 jours pour l'ensemble des Services de Médecine Générale contre 35 en Métropole).

C- Le coefficient moyen d'occupation pour l'ensemble des hôpitaux généraux et spécialisés est de 90 %, soit un taux très élevé puisque le maximum admissible est de 80 %.

D- Le rapport agent hospitalier par lit est 0,80 (1 602 agents pour 2 004 lits), ce qui est très inférieur à la proportion métropolitaine.

../..

III - L'EQUIPEMENT SOCIAL

1) Etablissements Publics

A- Foyer de l'Enfance de Bellepierre

Destiné à l'origine aux pupilles, avec une capacité de 200 lits, cet établissement a entrepris depuis 1970 une reconversion et s'oriente vers un recrutement d'enfants posant des problèmes médico-psychologiques. Cela s'est fait aux dépens de travaux importants, d'une réduction de la capacité à 150 et de la mise en place d'une équipe technique groupant Médecins Psychiatres, psychologues, éducateurs et assistantes sociales.

Mais ce foyer est gravement surchargé.

B- Foyer des Pupilles de Sainte-Marie

Ouvert en septembre 1970 avec une capacité de 63 lits.

2) Etablissements Privés

A- Aide à l'Enfance

a) La Pouponnière de la Providence à Saint-Denis

D'une capacité de 150 lits dont 120 réservés à l'Aide à l'Enfance, cet établissement reçoit les enfants de moins de 3 ans recueillis au Service ou abandonnés et ne pouvant encore faire l'objet d'un placement familial ou d'une adoption. Cet établissement est très insuffisant pour pourvoir aux besoins en ce domaine et l'accès y est difficile.

b) Foyer Marie Poittevin à la Plaine des Cafres

D'une capacité de 160 lits, cet établissement reçoit exclusivement des cas sociaux du Service de l'Aide à l'Enfance (garçons de 4 à 9 ans, filles de 4 à 17 ans).

La scolarité se fait sur place.

../..

c) Foyer de Sainte-Suzanne

Cet établissement, géré par des religieuses, accueille 55 pupilles qui suivent soit les cours du Collège Agricole, soit la Préparation au C.A.P de Sténodactylo et de Comptabilité.

d) Foyer 150 à Saint-Pierre

Pour cas sociaux (36 places - garçons)

e) Maison d'enfants de Saint-Gilles les Bains

Implantée au bord de la mer, cet établissement accueille 56 garçons de 12 à 17 ans, pupilles et cas sociaux.

f) "La Maison" à Sainte-Marie

Le foyer de l'Enfance à Sainte-Marie a ouvert ses portes en septembre 1970. Recevant des cas sociaux, garçons et filles, cet établissement a des débuts très prometteurs quant à :

- l'ambiance qui y règne,
- et au style d'éducation qui y est donné.

B- Enfance Inadaptée

a) Etablissement pour Caractériels à Hell-Bourg

Cet établissement de 180 lits pour garçons caractériels et cas sociaux a des problèmes de personnel (manque de personnel spécialisé) et de fonctionnement.

b) L'I.M.P Saint-Gabriel à la montagne

Institut Médico Pédagogique de 120 lits pour filles débiles moyennes de 6 à 14 ans.

c) Institut Médico Professionnel du Tampon

Etablissement de 35 lits pour garçons de 16 à 20 ans, débiles moyens et débiles profonds, orientés sur les cultures florales.

../..

d) Institut Médico Professionnel de Saint-Pierre

Etablissement de 15 lits pour filles débiles.

e) Institut Médico-Pédagogique du Bois d'Olives

Etablissement de 80 lits pour garçons débiles moyens de 8 à 14 ans.

Il y est rattaché un pavillon pour arriérés profonds de 60 lits.

f) Centre de la Ressource à Sainte-Marie

Etablissement de 900 lits, fonctionnant en Internat et recevant des filles et des garçons de 8 à 16 ans déficients sensoriels : aveugles, amblyopes, sourds, dyslexiques.

g) Foyer de Saint-François

Pour déficients sensoriels : 30 lits

C- Enfance en danger et Délinquants

Deux établissements, gérés par l'A.P.E.C.A (Association pour la protection de l'Enfance - Centre d'Apprentissage) et situés à la Plaine des Cafres :

- l'A.P.E.C.A. Garçons : 310 lits
- l'A.P.E.C.A. Filles : 90 lits

D- Personnes âgées

1) Hospice de Saint-Denis : 110 lits
2) Hospice du Bois d'Olives : 490 lits

../..

IV - LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

1) Organisation

Au 31 décembre 1971, le Service de Protection Maternelle et Infantile était assuré par 98 dispensaires fixes répartis sur l'ensemble du département et desservant toutes les agglomérations.

Secteurs	Communes	Nb. Habitants	Nb. Dispensaires
Secteur 1	Saint-Denis Centre		1
Secteur 2	Saint-Denis 2	86 000	2
Secteur 3	Saint-Denis 3		7
Secteur 4	Sainte-Marie	14 500	5
	Sainte-Suzanne	11 150	4
Secteur 5	Saint-André	22 000	4
	Salazie	7 100	4
Secteur 6	Bras-Panon	3 780	3
	Saint-Benoît	19 472	5
	Sainte-Rose	4 811	5
Secteur 7	Saint-Joseph	22 000	11
	Saint-Philippe	3 336	3
Secteur 8	Tampon	31 500	3
	Petite Ile	8 000	2
Secteur 9	Saint-Pierre	40 500	7
Secteur 10	Saint-Louis	27 000	3
	Entre-Deux	3 800	1
	Etang-Salé	6 500	1
Secteur 11	Saint-Leu	17 000	7
	Les Avirons	4 500	2
	Trois-Bassins	4 500	1
Secteur 12	Saint-Paul	43 200	7
Secteur 13	Port	20 000	2
	Possession	7 600	4

../..

2) Activités de la P.M.I

A- Consultations Prénatales :

En 1971 les Services de P.M.I ont procédé à :

9 333 examens prénataux

Le nombre des examens prénataux est en baisse constante :

14 535 en 1967
11 769 en 1968
10 826 en 1969
9 413 en 1970
9 333 en 1971

Les futures mères préfèrent la fréquentation des médecins installés qui, le plus souvent, ne procèdent à aucun des examens obligatoires au cours de la grossesse (groupe, BW, Radio Pulmonaire). Il faut dire qu'à la Réunion les allocations prénatales n'existent pas...

B- Consultations de Nourrissons

Les résultats sont satisfaisants puisque en 1971 sur 14 432 naissances déclarées, 11 778 enfants ont été présentés à la P.M.I.

C- Consultations des enfants de 1 à 6 ans

L'assiduité diminue notablement, ce qui est regrettable, car c'est à cet âge que l'on voit nombre d'enfants présentant des maladies carentielles.

Environ 60 000 enfants de 1 à 6 ans sont suivis par la P.M.I.

D- Vaccinations

En 1971 la P.M.I a procédé à :

Vaccin D T P	:	44 403
Rappel D T P	:	17 602
Vaccin anti-coq	:	39 793
Rappel coq.	:	13 231
Vaccin anti variolique	:	15 970
B.C.G	:	38 000 (23 000 en 1970)

Parmi les 14 432 enfants nés en 1971, 12 366 ont été vaccinés par le D T P mais seulement 1900 par le B.C.G.

../..

Nous avons déjà vu les problèmes posés par la lutte antituberculeuse à la Réunion. Il était donc capital que la P.M.I vaccine par le B.C.G les enfants qu'elle voyait, ce qui ne se fait que depuis septembre 1970.

E - Distribution de lait :

La P.M.I distribue à la Réunion, dans le but de prévenir les maladies carentielles, du lait en poudre (1kg à 1,5kg par enfant de 0 à 6 ans) sur simple présentation du carnet de santé. En outre la P.M.I donne des vitamines, du calcium et des sels de fer, et jusqu'à 2 ans du lait concentré sucré et des farines.

Conclusion

La Protection Maternelle et Infantile possède à la Réunion d'importants moyens humains et matériels. Mais trop d'enfants échappent encore à son action. Ne serait-ce pas ceux qui en auraient le plus besoin, ceux dont les parents ne savent même pas lire les lettres de convocation à la P.M.I ?

La P.M.I semble assez mal adaptée aux réalités réunionnaises :

- De nombreux enfants présentant des affections courantes (parasitoses, gastro-entérites etc...) pourraient être traités par les Centres de P.M.I, ce qui permettrait de gagner du temps et d'éviter une surconsommation médicale. Mais les médecins de P.M.I ne sont pas habilités à faire d'ordonnance...

- Les Médecins de P.M.I sont trop peu nombreux, et trop peu d'entre eux ont une formation de pédiatrie et de puériculture. Les contrats proposés aux jeunes médecins désireux de faire de la P.M.I sont peu favorables.

- Le rythme des consultations est tel qu'une médecine de qualité n'y est pas possible (les enfants sont rarement déshabillés !) et que l'éducation sanitaire des mères n'est pas faite sauf dans quelques cas particuliers qui tiennent à la personnalité du médecin de P.M.I plus conscient que les autres de l'importance de ces problèmes.

../..

V - Médecine Scolaire

Dans un département sous-développé tel que la Réunion où la Médecine Préventive devrait tenir une place majeure, on peut déplorer que le Service de Santé Scolaire souffre de tant d'insuffisances:

- Insuffisance de Médecins :

En 1970, il y avait seulement 11 Médecins d'Hygiène Scolaire (dont deux volontaires à l'Aide Technique) pour 13 postes et 137 518 sujets inscrits répartis en 463 écoles.

- Insuffisance d'Assistantes Sociales :

En 1970, il y avait 7 assistantes sociales scolaires pour 12 postes budgétaires. Même si les 12 postes étaient pourvus, la moyenne des secteurs sociaux scolaires serait de 12 000 élèves, ce qui serait encore très loin des normes prescrites par le Ministère (2000 à 2500 par Assistante Sociale). La situation normale dans le département devrait être de 49 assistantes sociales scolaires.

Au total, en 1970, pour un effectif de 137 518 sujets scolarisés, seulement 50 007 ont été examinés. 141 écoles sur 463 n'ont pas été visitées.

Au cours de l'année scolaire 1969-1970, il a été procédé à :

- 21 088 mesures biométriques
- 26 716 lectures de Tests Tuberculiniques
- 33 049 analyses d'urines

Quant aux bilans de santé, en principe systématique à 3 ans, 6 ans, lors du cours moyen 2ème année et enfin pendant la 3ème, voici ce qui en a été pour l'année scolaire 1969-1970 :

../..

	Effectif des Ressortissants	Effectif des Examinés	%
1er Bilan (3 ans)	4 404	600	13 %
2e Bilan (6 ans)	12 805	5 720	44 %
3e Bilan (CM2)	8 507	2 296	26 %
4e Bilan (3e)	2 389	1 770	74 %
Total	28 105	10 386	36 %

En conclusion de ce chapitre consacré à l'Hygiène Scolaire, nous citerons un passage du "Rapport sur l'Hygiène Scolaire" fait par l'Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale en 1970 (9).

"Que cela soit pour les vaccinations, les maladies de la peau et les autres maladies fréquentes, les instituteurs pensent qu'une amélioration ne pourra être possible que lorsqu'il existera au niveau de chaque commune un véritable Service d'Hygiène Scolaire. Actuellement, la fréquence des visites de ce Service par école varie entre 3 et 5 ans, voire même 7 ans pour certaines écoles. Cela tient sans doute essentiellement à la pénurie des médecins, du personnel de soins et de secrétariat". Les Médecins scolaires font trop de choses qui ne sont pas de leur domaine au détriment de certaines visites systématiques importantes.

VI - CRECHES ET GARDERIES

En 1971, il y avait pour toute la Réunion 5 crèches :

- Saint-Denis : 150 lits
- Le Port : 120 "
- Saint-Benoît : 134 "
- Saint-Pierre : 100 "

Ces chiffres montrent la dramatique insuffisance dans ce domaine.

Par ailleurs, depuis 1967, les écoles maternelles et les classes enfantines ne prennent plus que les enfants âgés de 5 ans révolus. De ce fait, même s'il y a une crèche à proximité, les enfants de 3 à 5 ans sont obligés de rester chez eux, soit non surveillés (parfois attachés dans leur case), soit gardés par leur grand' parents ou encore par un frère ou une soeur plus âgée qui, eux, devraient être scolarisés.

D'où la nécessité impérieuse de garderies pour les 3-5 ans. Or, il n'existe actuellement à la Réunion que des garderies privées, qui ne sont pas toutes selon les normes prévues par les textes et qui par ailleurs sont trop chères pour les familles nécessiteuses (3000 à 8000 francs) :

10 garderies à Saint-Denis
3 " au Tampon
1 " à Saint-Pierre

Et pourtant on comprend, à côté du souhaitable aspect social de telles garderies, tout l'intérêt au point de vue sanitaire et prophylactique :

- Alimentation correcte au moins une fois par jour pour ces enfants qui quittent la crèche à 3 ans et reviennent à l'école maternelle à 5 ans dénutris et déficients.

../..

- Education à l'Hygiène corporelle.
- Surveillance Médicale (vaccinations).
- Développement psycho affectif de l'enfant.
- Apprentissage de la vie collective etc...

Les garderies construites à l'heure actuelle sont trop coûteuses à la construction (130 Millions pour 100 enfants) et sont mal adaptées. Elles ne touchent pas les familles les plus défavorisées. Mais une politique de construction de garderies jusque même dans les quartiers les plus défavorisés s'amorce grâce à l'initiative de l'ARESS. Plusieurs crèches de 80 enfants seront construites dans les mois qui viennent avec un prix de revient dix fois moins élevé.

../..

VII - ECOLES DE FORMATION

1) Ecole d'infirmiers et d'infirmières de Saint-Denis

Profitant d'installations récentes et bien conçues, cette école forme des infirmiers en deux ans. Chaque année 50 à 60 candidats sont diplômés d'Etat. Mais le niveau de formation est bas. Les candidats, à l'entrée, sont pris sur titres (Baccalauréat) ou sur concours. Les candidats au concours, d'un niveau variable correspondant au minimum au BEPC, étaient environ 1000 aux épreuves de 1972. Au total, chaque année, 50 à 60 candidats entrent en première année et sont quasi certains de sortir deux ans après diplômés, car il n'y a pas de sélection et personne n'est recalé.

2) Ecole de Sages-Femmes de Saint-Denis

Les études durent trois ans. Chaque année d'étude ne compte que quelques élèves, et l'organisation de l'école laisse à désirer. Pourtant nombre de postes sont vacants.

Mais là encore, on peut déplorer un niveau très bas. Il n'y a pas d'enseignement organisé. Les élèves se forment "sur le tas" et personne n'est recalé à l'examen de fins d'études. De nombreuses sages-femmes dans l'île sont de véritables dangers tant au point de vue surveillance prénatale qu'en ce qui concerne l'accouchement. Quant à la réanimation du nouveau-né, elle est inexistante à la Réunion. Il y a 700 enfants morts-nés chaque année et le nombre d'encéphalopathies par anoxie néo-natale ou troubles négligés est très grand.

3) Ecole d'infirmiers psychiatriques

Chaque année 10 à 15 élèves-infirmiers stagiaires de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Paul sont diplômés d'Etat, au bout de deux ans d'études.

../..

4) Ecole d'Aides-Soignants(es)

La formation pratique et théorique des élèves est assurée au niveau de l'Ecole agréée de l'Hospice de Bois d'Olives. 30 à 40 candidats sont diplômés chaque année.

5) Ecole d'auxiliaires de Puériculture

La formation pratique et théorique des élèves auxiliaires de puériculture est assurée au niveau de l'Ecole agréée de l'Hôpital d'Enfants de Saint-Denis, tenue par les Soeurs Franciscaines Missionnaires de Marie. Le régime est l'internat. La formation dure deux ans. Chaque promotion compte 30 élèves. Au concours d'entrée à l'Ecole d'avril 1972, il y avait 600 candidates pour 30 places...

6) Formation de techniciens :

Les Services du Vice-Rectorat assurent la préparation à divers brevets de Techniciens.

A- Le Lycée d'Etat Leconte de Lisle à Saint-Denis forme au brevet de techniciens - option secrétariat médical - Les études durent trois ans. Il y avait 16 inscrits en troisième année en 1970.

B- Le lycée d'Etat Roland Garros au Tampon prépare au brevet de technicien de biologie. Il y avait 15 élèves en terminale en 1970.

Si on fait le bilan de dix années de formation professionnelle aux carrières para-médicales et d'auxiliaires médicaux à la Réunion, on totalise de 1960 à 1969 :

12 Sages-Femmes
302 Infirmiers(ières)
113 Infirmiers psychiatriques
325 Aides-Soignants(es)
190 Auxiliaires de puériculture
20 Secrétaires Médicales

../..

7) A.R.F.U.T.S

L'Association Réunionnaise pour la Formation et l'Utilisation des Travailleurs Sociaux constitue une tentative originale pour aider à résoudre les problèmes sociaux du département.

C'est une association privée, subventionnée par la Sécurité Sociale et le FASO et présidée par le Préfet. Elle contribue à l'Education des familles, à l'amélioration des conditions de vie dans les foyers.

L'Association procède à deux rôles :

- formation des Travailleuses Familiales,
- leur utilisation.

A- Formation des Travailleuses Familiales

Le Centre de formation se trouve à Saint-Denis. Le niveau requis est celui du BEPC. La formation dure 18 mois et associe formation théorique (économie domestique, cuisine, couture, lavage, hygiène, législation) et formation pratique par des stages (hôpitaux, maternité, jardins d'enfants, colonies de vacances).

Entre 1963 et 1970, il a été formé 247 Travailleuses Familiales dont 168 restaient en Service à la Réunion au 31 décembre 1970.

B- Utilisation des Travailleuses Familiales

Les Travailleuses Familiales exercent leur activité sous deux formes complémentaires.

Le matin, sous la direction d'une assistante sociale, elles se rendent dans les familles qui ont besoin d'aide morale et matérielle. En 1970, 2170 familles étaient ainsi suivies.

L'après-midi, sous la direction d'une monitrice d'enseignement ménager familial, les Travailleuses Familiales organisent dans les Centres et Antennes de Formation Ménagère (57 dans le département) des cours et démonstrations de cuisine, couture, lavage etc...au profit des mères de famille et des jeunes filles. En 1970, 3368 mères de famille ou jeunes filles ont fréquenté ces cours.

../..

L'Association s'efforce d'étendre le champ d'action et d'utilisation des Unités de Formation Ménagère. Ainsi, des conférences ont été organisées par l'A.R.E.P (Association Réunionnaise d'Education Populaire) et par l'ARESS (Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale).

Pour conclure ce chapitre sur les possibilités de formation à la Réunion, il faut souligner combien l'avenir est sombre pour tous ces nouveaux qualifiés !

D'ici un an ou deux, presque tous les emplois seront saturés pour les infirmiers diplômés d'Etat, les auxiliaires de puériculture et les Travailleuses Familiales. Déjà, en 1970, l'A.R.F.U.T.S a été contrainte à fermer un des deux centres de formation. Et, pour la plupart, il n'y aura guère d'autres possibilités que de partir en Métropole. Les pouvoirs publics favorisent cette migration et un Organisme officiel, le BUMIDOM (Bureau de Migration des Départements d'Outre-Mer) a pour charge de l'organiser.

Cette migration que certains considèrent comme une nouvelle "traite d'esclaves", concerne actuellement 3 à 4000 réunionnais par an. Si pour certains cela se traduit par une promotion sociale, pour la majorité d'entre eux la découverte est amère : ils doivent faire face à de multiples difficultés : langue, couleur de peau, dépaysement, manque de qualification etc...Beaucoup sont réduits à des sous-emplois et bien des filles finissent sur le trottoir...ou retournent dans leur île.

Il y aurait donc urgence à créer de nouveaux emplois et de nouvelles fonctions. Et les perspectives sont grandes : La Réunion a besoin de haltes-garderies et de maisons de convalescence. Ce personnel sanitaire qualifié y trouverait des débouchés intéressants.

../..

ETUDE CRITIQUE

Les Atouts

- Budget
- Equipement hospitalier
- Démographie Médicale
- P.M.I
- Médecine Scolaire
- Assistantes sociales
- A.M.G

Et pourtant ! Etat Sanitaire en chiffres

Les Causes de ces Carences

- Corps Médical Médiocre
- Structure mal adaptée
- Problème Politique

Situation Politique : 2 Blocs

Droits Fondamentaux - Besoins prioritaires

Freins et **Eléments Moteurs** de l'Evolution

Priorité : A.R.E.S.S.

ETUDE CRITIQUE

Toute cette étude consacrée à l'état sanitaire et à la vie socio-économique de la Réunion a été appréhendée, comme le lecteur l'a peut-être senti, avec le souci de mettre en évidence les réussites, les échecs, les carences et les nécessités d'une médecine préventive et sociale, d'une éducation sanitaire, finalement d'une promotion de l'homme.

Quels sont les atouts actuels de cette médecine préventive et sociale ?

I- Le Budget

Le département de la Réunion a un budget sanitaire et social important en comparaison de nombre de départements métropolitains.

En 1971, le Budget d'Etat a dépassé 7 Milliards 300 Millions et le Budget Départemental 1 Milliard.

En 1970, le Budget d'Etat affecté à la DASS s'élevait à Frs cfa 6 858 999 751, soit 20% de plus qu'en 1969. L'augmentation par rapport au budget d'Etat de 1965 est de 121%. La même année le budget d'Etat de la DASS de la Mayenne, pris comme département de comparaison uniquement parce que l'auteur de ce travail en est originaire, était de 1 271 538 377 anciens francs, soit environ 635 Millions de francs cfa, soit à peu près 10 fois moindre que celui de la Réunion.

En 1970, le personnel administratif de la DASS comptait 267 agents contre 65 pour la Mayenne et le personnel technique en comptait 741 contre 49 pour la Mayenne (24).

Donc capitaux et moyens sont là. Est-ce suffisant ?

II- Equipement hospitalier

Le département de la Réunion dispose d'un équipement hospitalier, certes insuffisant, mais néanmoins satisfaisant. Nous avons vu que la Réunion disposait grossièrement de 1 lit pour 114 habitants contre 1 pour 87 habitants en Métropole.

../..

Dans une étude faite en 1971, le Docteur Sete, Médecin Conseil, concluait que "l'indice lits-population" de notre département est globalement superposable à celui de l'ensemble du territoire national, en incluant, dans le total des lits, les lits d'hospice.

III- Démographie Médicale

Avec une moyenne, en 1971, de 1 médecin pour 2 044 habitants (1 pour 830 habitants en France en 1965), la Réunion n'a rien à envier à la majorité des pays du Tiers Monde et fait figure de pays richement médicalisé face à Madagascar, au Maroc, à toute l'Afrique.

De plus, le département de la Réunion dispose depuis plusieurs années de l'apport des VAT (Volontaires à l'Aide Technique). Ce sont des étudiants en Médecine en fin d'études incorporés et détachés par l'Armée pour se mettre au service des D.T.O.M. Ils occupent des places d'internes dans les hôpitaux, de médecins scolaires, de P.M.I ou de dispensaire.

IV- La Protection Maternelle et Infantile

Actuellement, la P.M.I est bien implantée et parfaitement organisée. En 1970, la P.M.I disposait d'un effectif total de 217 agents et d'un budget de 1 898 394 417 francs cfa.

La fréquentation est excellente puisqu'elle touche 90% des nourrissons (contre moins de 25% en Mayenne).

V- Médecins scolaires

Même le médecin scolaire dont nous avons décrié les carences et les insuffisances n'a rien à envier à bien des départements métropolitains. Nous avons vu qu'à la Réunion, en 1970, 36% seulement des enfants qui auraient dû subir les bilans de santé faits systématiquement quatre fois au cours de la vie

../..

scolaire, n'ont été examinés. En Mayenne, la même année, ce chiffre est de 10%.

VI- Les Assistantes Sociales

En 1970, la Réunion disposait de 61 Assistantes Sociales polyvalentes contre 17 en Mayenne.

VII- L'A.M.G.

Au chapitre de l'Aide Sociale, nous avons longuement parlé du système de Tiers Payant propre à la Réunion qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais. Et nous en avions exposé les inconvénients, les erreurs, les abus. Tout critiquable qu'il soit, il faut reconnaître que ce système permet à tous, et même aux plus démunis, d'être soignés et pris en charge par la Société.

Donc, en considérant quelques uns des paramètres de la vie sanitaire réunionnaise (budget, densité médicale, P.M.I etc...), nous constatons que la Réunion dispose d'importants moyens, qu'elle n'est pas enfant délaissé par le pouvoir central et que, dans bien des domaines elle n'a rien à envier aux départements métropolitains.

Et pourtant ! Nous avons vu combien l'état sanitaire était mauvais. La Réunion se classe du côté des pays industrialisés par ses moyens financiers, humains, techniques. Mais sa pathologie et sa morbidité la range à un rang peu enviable parmi les pays sous-développés.

- 50% de mortalité infantile contre
  17% en Métropole en 1970
- 95% de sujets parasités
- 50 à 60% d'enfants sous-nutris
- Plus de 50% d'enfants anémiques
- Plus de 1 000 primo-infections dépistées chaque année dans les dispensaires antituberculeux

../..

- 101 cas de typhoïde déclarés en 1970

- 27 cas de tétanos déclarés en 1970

- 5 à 10 cas annuels de tétanos néo-natal

- Si on considère les causes de mortalité infantile comparées à celles de la Métropole, on obtient le tableau suivant, assez parlant (25) :

Principales causes de décès de 0 à 1 an en 1969	En France pour 830 000 naissances	A la Réunion: 15 000 naissances	Chiffre correspondant en France avec la même mortalité
Entérites et maladies diarrhéiques	730	91	5 005
Maladies infectieuses & parasitaires	137	31	1 705
Pneumonies et Broncho-pneumonies	504	51	2 805
Malformations congénitales	2 882	67	3 685
Accidents dystociques - Lésions obstétricales et états	2 594	76	4 180
Mortalité Périnatale	3 326	264	14 420
Causes inconnues	771	239	13 145
T O T A L (avec autres maladies)	12 517 sur 830 000 naissances	921 sur 15 000 naissances	50 655

Quelles sont donc les causes qui expliquent ce fossé, cet abîme entre les moyens et les possibilités d'une médecine efficace et les résultats actuels, l'état sanitaire de la Réunion en 1972. Il est aisé d'en discerner quelques unes :

1) Les manques du Corps Médical

Incompétence grave, ignorance inacceptable, malhonnêteté scandaleuse. Ainsi peut-on qualifier une grande partie des médecins réunionnais. Il n'est pas rare de rencontrer des faits de l'ordre de ceux qu'il nous a été donné de voir :

- enfant avec une raideur méningée manifeste traité pendant plusieurs jours par massages pour "ankylose vertébrale",

../..

- polyadénopathies disséminées, traitées pendant des mois par l'application de pommades sans qu'aucune exploration n'ai été faite,
- médecin arrachant (sic) les pages concernant les vaccinations dans le carnet de santé parce qu'il est opposé à toute vaccination,
- primo-infections "relâchées dans la nature" sans aucun traitement ni même garanties de surveillance (et qui arrivent un an après dans les Services de pédiatrie !)

Pourquoi les carences et la médiocrité du corps médical réunionnais sont elles si importantes, certainement plus grandes qu'en Métropole ?

Pour la majorité des médecins, la médecine consiste à voir 60 à 100 malades ou plus par jour, sans qu'aucun diagnostic précis ne soit posé et sans même que les malades soient examinés ni déshabillés. Ils sont intégrés à un système de vie de style colonial et aux grandes facilités, ne pensant souvent qu'à la notion de profit. Beaucoup d'ailleurs ne restent que quelques années, vivant en dépensant le moins possible sur place.

Les quelques efforts faits en matière d'Enseignement post-universitaire n'ont été jusqu'à présent qu'un échec eu égard à l'assistance des médecins.

La dernière mission (Professeurs Péquignot et Aicardi) en juin 1972, ne groupait qu'une dizaine d'auditeurs médecins dont une majorité de VAT.

Il va sans dire que ce corps médical réunionnais pose quelques problèmes aux pouvoirs publics et les relations médecins-administration sont des plus litigieuses et difficiles. "Des avertissements ont été adressés à des praticiens qui ne respectaient pas le principe de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement"(12).

2) Une seconde cause manifeste de l'état de l'hygiène et de la santé à la Réunion est <u>l'inadaptation des structures</u> et des organismes directement importés de Métropole sans avoir été repensés :

A- En juillet 1970, le Docteur Turquet, dans une lettre au Professeur Robert Debré, attirait son attention sur <u>l'inadaptation de la P.M.I.</u>

../..

"La P.M.I, à la Réunion, est, comme nous l'avons vu, bien implantée et sa fréquentation est excellente puisqu'elle touche 90% des nourrissons. Or, elle est appelée à voir un nombre important d'enfants malades. Ses statuts actuels ne lui permettent aucune action curative, ce qui entraîne finalement une consommation médicale importante dans le secteur privé pour un résultat assez médiocre".

Il serait donc souhaitable que la P.M.I actuelle ait la possibilité de traiter les problèmes de pathologie courante qui représentent l'essentiel de l'activité médicale : gastro-entérites, parasitoses, anémies carentielles, rhinopharingites...

Et le Docteur Turquet poursuivait :

"La P.M.I pourrait participer à l'éducation sanitaire en matière diététique, d'hygiène, et de prophylaxie si ses moyens étaient accrus et ses statuts modifiés en fonction des impératifs locaux très différents de ceux d'un département métropolitain".

B- La Médecine Scolaire souffre de graves insuffisances en raison, en particulier de son manque de personnel. Le rapport de l'ARESS sur l'Hygiène Scolaire souligne la nécessité :

- de libérer les médecins d'hygiène scolaire de certaines tâches de routine (certificat d'aptitude au sport, contre-visite d'enseignants en congé maladie...), afin de consacrer plus de temps aux écoliers;
- de créer des liens plus étroits entre P.M.I et Hygiène Scolaire, afin que l'enfant soit un peu moins cet "enfant paquet" balloté entre organismes indépendants et isolés.

C- On peut douter de l'adéquation de structure telle que les dispensaires anti-tuberculeux :

- Ils sont vétustes, sales et très peu accueillants.
- Leur fréquentation est modeste.
- La médecine qui y est dispensée est souvent inacceptable puisque, comme nous l'avons déjà dit, les primo-infections qui y sont dépistées ne sont ni traitées, ni surveillées de près.

Sans doute faudrait-il mieux mener une campagne généralisée et globale de B.C.G avec des structures souples et facilement modifiables.

3) Le facteur fondamental et essentiel de l'état de chose actuel au point de vue sanitaire est, sans doute possible, le niveau de vie :

- 1/4 des logements sont en tôle, lors du Recensement de 1967,
- 1 logement sur 2 est dépourvu d'électricité,
- 1/4 seulement des résidences principales ont l'eau dans le logement même et presque 1/2 ne disposent que de la fontaine publique comme alimentation en eau,
- moins du 1/4 des résidences principales ont des lieux d'aisance dans dans le logement,
- 30% des hommes en âge d'activité n'ont pas d'emploi.

Tous ces chiffres que nous avons exploités plus en détail précédemment traduisent la situation actuelle qui aligne la Réunion sur nombre de pays sous-développés. Tous les efforts accomplis dans le sens d'une promotion de l'homme et plus spécialement d'une éducation sanitaire et sociale se heurtent là aux problèmes inhérents à tous les pays sous-développés et rencontrent sans doute là leurs limites. Là aussi germe le pessimisme justifié de ceux qui tentent malgré tout de faire quelque chose :

../..

- Les Pouvoirs Publics favorisent et stimulent dans les D.O.M l'implantation du Planning Familial et la pratique des méthodes contraceptives. Mais le milieu social le plus concerné par la limitation des naissances est le plus souvent inapte à la pratiquer : on n'a pas de thermomètre, et de toute façon, on ne sait pas le lire, et la pilule est d'un emploi délicat au-dessus des possibilités de la plupart. Beaucoup de femmes profitent cependant de la piqûre trimestrielle.
- On prêche, par exemple, des notions d'hygiène corporelle mais les "massmédia" (journaux, radio) utilisent le Français que le créole du bidonville ou "des hauts" ne parle pas et ne comprend que par bribes. Et de toute façon, quand on a 100 m à faire ou plus (la moitié des cas) pour aller chercher de l'eau à la fontaine, on la réserve à la boisson et à la cuisine.
- On veut lutter contre la dénutrition et l'hypotrophie des enfants, mais tant que les aliments de base coûteront si chers (un oeuf vaut 31 francs cfa en 1972 et 1kg de jambon plus de 1 300 francs cfa), on comprend que l'alimentation quotidienne dès le plus jeune âge restera le riz (45 francs cfa le kg).

Alors on sent bien, à étudier les facteurs mis en cause (valeur du corps médical, adaptation des structures, niveau de vie) que l'on aborde le domaine "du politique", si ce n'est "de la Politique".

Actuellement, deux tendances dominent la vie politique réunionnaise, la simplifiant à l'extrême et rendant difficile, si l'on veut s'engager, de nuancer les choses.

D'un côté, les partisans de l'autonomie qui regroupent les communistes et les éléments progressistes. Pour eux, l'avenir de la Réunion passe par l'Autonomie et le passage à un système socialiste. "Pour que la Réunion devienne un pays prospère à économie équilibrée, pour faire accéder les masses réunionnaises au bien-être, il nous faudra dès le départ choisir la voie du Socialisme"(3).

../..

Pour les tenants de cette opinion, rien n'est possible dans les structures et les statuts actuels du département : "Les causes principales du chômage et de la misère sont à chercher dans les rapports de dominé à dominateur qui nous lient à l'impérialisme français et dans les structures féodales de l'Agriculture qui bridents les forces productives". Et, sans nier le problème démographique, ils accusent les pouvoirs officiels de s'en servir comme d'un épouvantail et d'en faire La Cause de tous les maux de la Réunion.

De l'autre côté, les inconditionnels de la départementalisation et du maintien de la Réunion dans le cadre français. Ils groupent la haute bourgeoisie, la plupart des "élites" actuelles, les planteurs et les usiniers, et nombre de petites gens qui voient en la Métropole une nourrice généreuse, pourvoyeuse d'allocations, d'H.L.M, d'écoles, de routes et d'hôpitaux.

Il n'y a guère de place, entre ces deux tendances majoritaires, pour une troisième voie associant une certaine autonomie et le maintien de la France, qui trouve ça et là quelques partisans.

Alors, si l'on prétend s'intéresser à la promotion de l'homme et plus spécialement à son "éducation sanitaire et sociale", on ne peut pas ne pas opter pour l'une des deux tendances majoritaires et approcher les solutions que l'une et l'autre proposent aux Problème Réunionnais :

- Soit la solution socialiste avec autonomie politique et remise en cause totale du système socio-économique. Pour l'aspect radical du changement proposé et l'accent mis sur certaines idées directrices (justice sociale, réforme agraire, nationalisation de l'industrie sucrière) on comprend que cette formule attire ceux qui se heurtent quotidiennement aux limites de leur action dans le système actuel, aux modestes dimensions des résultats de plusieurs années d'efforts, aux barrières rencontrées au niveau de l'administration et des pouvoirs publics, aux préjugés

../..

et au sectarisme de certains responsables, aux scandales (corruption, fraude électorale etc...) qui sont à "ciel ouvert" dans ce monde insulaire où l'on vit en cercle restreint et fermé.

- Soit la solution "Réformiste" qui ne remet pas en cause le système actuel, réclamant tout au plus une certaine autonomie dans le cadre de la Régionalisation.

Quelle que soit l'option politique choisie, et pour peu que l'on ait séjourné à la Réunion, on ne peut que travailler et aspirer à un développement de l'île, à un progrès social, à une justice plus grande, à un mieux-être matériel et à l'accès de tous aux droits fondamentaux de la personne humaine : Droit à la santé, Droit au travail, Droit à la culture, Droit au minimum de confort matériel qu'on ne saurait refuser à quelqu'un sans le rabaisser à un rang qui n'a plus grand chose d'humain.

Dans la revue "Coopération Technique"(26) le Docteur Bertlet, Directeur du Centre International de l'Enfance, écrivait en 1969 : "Les besoins fondamentaux de l'enfant sont au nombre de cinq, qui se combinent et s'associent de façons diverses comme les couleurs de la palette du peintre sur la toile ou les notes du clavier d'orgue dans l'exécution d'une symphonie : besoins affectifs, besoins nutritionnels, besoins sanitaires, besoins éducatifs, besoins sociaux.

Droits fondamentaux de la personne humaine, Besoins prioritaires de l'enfant : autant de raisons de se mettre à la tâche et de participer à l'évolution de cette parcelle de terre perdue dans l'Océan Indien. Nous allons étudier successivement les freins et les éléments moteurs de l'évolution actuelle de la Réunion.

Du côté des freins, on peut citer, sans les développer, car cela nécessiterait une longue étude pour en approfondir la portée, les facteurs suivants :

../..

- Les Dominations économiques et sociales, séquelles de la colonisation et de l'esclavage, responsables d'immobilisme dans le monde rural et le milieu urbain.
- l'Enseignement qui demanderait de nombreuses adaptations dans la forme et le contenu : "Nos ancêtres les Gaulois..."
- Les Disparités entre classes privilégiées et classes pauvres qui vont s'élargissant, créant inflation et vie chère (nous avons longuement parlé du problème et des abus de la fonction publique surpayée).
- L'Information insuffisante, peu objective, filtrée et mal adaptée au public. Il existe à la Réunion une chaîne de télévision locale et une antenne de radiodiffusion, souffrant toutes les deux d'une grande pauvreté des programmes. Quant à la presse métropolitaine, elle est à des prix prohibitifs (en 1972, "Le Monde" quotidien vaut 165 francs cfa, soit 3,30 NF).
- L'Assistance est un facteur d'inertie. La mentalité d'assistés se rencontre aussi bien chez ceux qui, misérables, feignent une infirmité pour bénéficier d'une aide sociale que chez les élites qui abdiquent leurs responsabilités du fait que l'évolution se fait grâce à un moteur externe.
- La puissance de l'Eglise trop souvent encore liée aux pouvoirs et détentrice de biens matériels et de richesses choquantes.
- Les croyances (forces occultes etc...), les préjugés, les coutumes ancestrales qui ralentissent l'évolution des mentalités vers le progrès.
- Le climat malsain de la vie politique : fraudes, violences électorales, pressions, expulsions des "non désirables", peur de l'avenir : les riches virent leur argent en Métropole et les Industries métropolitaines rechignent à investir.

../..

Devant tant d'entraves, peut-on encore espérer ? Reste-t-il une place pour l'optimisme ? Quel est l'avenir de la Réunion ? Cet avenir est incertain, et, selon que l'on est d'un côté ou de l'autre, on voit percer à l'horizon l'apocalypse de l'indépendance ou l'aurore de jours meilleurs aux doux rayons du soleil socialiste.

Quelles sont donc ces raisons d'espérer, ces éléments moteurs de l'évolution ?

- En tout premier lieu le développement de l'instruction.

  Les chiffres officiels donnent plus de 90% des enfants d'âge scolaire effectivement scolarisés. Au Conseil de Révision, les illettrés ne représentent plus que 16% des appelés contre 65% en 1938.

- La jeunesse de la population : près de 60% ont moins de 20 ans.

- L'ouverture au monde extérieur : par les liaisons aériennes (tous les jours un boeing 707 arrive en Métropole et y repart), la radio (52 700 récepteurs en décembre 1972), la télévision (28 300 récepteurs en décembre 1972), le développement de la presse écrite (13 journaux se partagent la presse locale), et le progrès des moyens de transport à l'intérieur de l'île.

- Echanges incessants et de plus en plus fréquents avec la Métropole : arrivée à la Réunion de cadres, de techniciens, de VAT, qui assurent la contagion des idées et des modes de pensée occidentaux, séjours en Métropole de réunionnais en quête d'un diplôme ou d'un travail dont certains reviennent au pays quelques années après avec de nouveaux concepts.

Alors, si l'on s'intéresse aux problèmes de la Santé, quelle action positive et efficace peut-on avoir au sein de cette conjoncture complexe ? Quelles sont les priorités ? Quels sont les buts à atteindre ? Où doit-on investir ses potentiels humains, financiers, techniques ?

../..

Le Docteur Bertlet écrivait en 1969 dans la Revue du Centre International de l'Enfance (26) :

"Dans trop de cas on agit comme si le Bon Samaritain dont l'Evangile rapporte l'histoire, rencontrant le voyageur attaqué par des brigands en plein désert sur la route de Jésuralem à Jéricho, lui avait donné de l'argent et des conseils au lieu de panser ses blessures".

Malgré les difficultés du choix des investissements, il est cependant quelques principes généraux qui doivent guider les planificateurs :

- La Priorité sera donnée à la lutte contre les risques dominants qui frappent le plus fortement la plus grande fraction de la population, ici le paludisme, là la tuberculose, ailleurs la malnutrition (et à la Réunion les parasites aurait-il pu ajouter).
- La Priorité sera donnée aux activités préventives et éducatives sur des activités curatives, la création de centres ruraux de Santé publique étant plus urgente que la multiplication des lits d'hôpitaux.
- La Priorité sera donnée à la formation du personnel technique et à l'éducation populaire, le problème essentiel qui se pose dans la plupart des pays du monde étant la carence en personnel sanitaire et social !

Ce sont ces mêmes priorités qui ont dicté à la création, à l'organisation et à l'implantation d'une expérience originale et intéressante : L'A.R.E.S.S ou "Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale" dont nous voudrions maintenant exposer les rouages, les pôles d'intérêt, les moyens d'action, les perspectives à brève et longue échéance.

"Se tromper dans l'exercice de la Médecine peut mettre en danger une vie humaine. Se tromper dans l'action politique peut mettre en danger une génération. Se tromper dans l'action culturelle et éducative peut mettre en danger plusieurs générations".

Pensée Orientale

../..

L ' A . R . E . S . S .

I) Historique

II) Budget

III) Administration et Personnel

IV) Activités

V) L'effort international

I - HISTORIQUE

Jusqu'à la fin de l'année 1969, l'Education Sanitaire a été pratiquement inexistante à la Réunion. Pourtant l'hygiène publique et sociale constitue, dans les pays d'outre-mer, une branche de l'action sociale d'autant plus importante que les problèmes posés présentent un caractère spécifique et une acuité qu'accentue une démographie en progression constante.

Certes, il faut tenir compte des efforts soutenus d'organismes publics, semi-publics, ou d'associations privées qui ont apporté leurs contributions à l'amélioration des conditions de vie.

Il ne faut, cependant, pas dissimuler l'ampleur des problèmes d'ordre sanitaire et social qui restaient encore à résoudre.

A cette date, nous étions encore très loin de l'organisation métropolitaine existant alors dans ce domaine, et pourtant l'éducation sanitaire reste peu développée dans les départements métropolitains.

En octobre 1969, le Comité départemental d'Action Sanitaire et Sociale, organe consultatif créé en 1967, a déterminé un programme d'action portant essentiellement sur quatre thèmes :

- hygiène du milieu
- parasitoses
- tuberculose
- alcoolisme

Ayant été ainsi amené à déterminer la forme la plus adaptée que devaient revêtir les différentes actions ainsi que les moyens techniques à mettre en oeuvre à cet effet, ce Comité a donc émis le voeu que soit créée, à la Réunion comme en

../..

Métropole, une association d'éducation sanitaire et sociale dont le but serait "la promotion par l'éducation individuelle et collective, de la santé physique et mentale, ainsi que la promotion sociale".

La D.D.A.S.S s'est alors chargée de prendre des contacts afin de mettre sur pied les structures de cette nouvelle association.

En mars 1970, une première assemblée générale constitutive, regroupant les responsables des diverses associations ou organismes privés à but éducatif, ainsi que les responsables administratifs des Services concernés et de très nombreuses personnalités du milieu médical, social et culturel, élabore les statuts et nomme un bureau.

La déclaration de l'association, en date du 22 mai 1970, paraît au Journal Officiel du 9 juin 1970 sous la dénomination "Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale"(A.R.E.S.S.)

Dès lors, un premier programme d'action est arrêté. La participation active du Professeur LARIVIERE, à cette assemblée constitutive, montrant l'importance de la répercussion des parasitoses intestinales sur la santé de l'enfant, fera que les premiers efforts de la nouvelle association devront porter essentiellement sur l'étude de ce problème et sur les moyens d'y remédier le plus rapidement possible.

Une demande de subvention au Conseil Général est alors immédiatement déposée afin de ne pas retarder le démarrage des activités.

Ce n'est qu'en septembre 1970, que l'Assemblée départementale allouera à l'A.R.E.S.S., sur son budget supplémentaire, une somme de 3.930.000 F. Cette somme, relativement modique, permettra néanmoins à l'Association d'installer son siège social, de constituer un secrétariat et de faire l'acquisition d'un minimum de matériel audio-visuel destiné au démarrage des activités éducatives avec un personnel très réduit.

../..

II - B U D G E T

L'évolution, très rapide, du budget de l'A.R.E.S.S. donne une idée de l'influence qu'elle a su acquérir, tant auprès de l'Administration et de l'Assemblée départementale, qu'auprès des organismes de Sécurité Sociale ou d'autres associations privées ayant pour vocation l'éducation sanitaire et sociale.

- En effet, de 3.930.000 F. attribués par le Conseil Général en 1970, l'A.R.E.S.S. a vu sa dotation portée à plus de 20 Millions en 1971. Il est à signaler qu'à partir de cette date, les Services financiers préfectoraux considèrent cette participation comme dépenses obligatoires, dont le montant est un pourcentage des dépenses directes et indirectes d'hygiène publique et sociale.

En tant que telles, ces dépenses sont remboursées à 92% par le Budget National.

- En 1972, les activités éducatives s'étant multipliées grâce au recrutement de personnel nouveau, et leurs réalisations pratiques ayant été rodées, le budget a, une nouvelle fois, été multiplié par dix puisqu'il s'élevait alors à plus de 201 Millions de francs cfa.

Il faut remarquer qu'à partir de 1972, la Caisse Générale de Sécurité Sociale apporte sa contribution aux activités de l'A.R.E.S.S. puisqu'elle lui versera une subvention de 8 Millions de francs cfa, prélevés sur le Fond d'Action Sanitaire.

La Mutuelle des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (M.U.F.A) participera également cette année là, et d'une façon exceptionnelle, à ce budget puisqu'elle accordera une subvention de 1 Million de francs cfa.

../..

Après de très nombreux contacts pris au cours de l'année 1972, tant auprès de la C.G.S.S. que des différents Services administratifs concernés, il s'est avéré que l'A.R.E.S.S., dans le cadre de sa politique sanitaire et sociale, devenait le promoteur de réalisations sociales spécifiques telles que garderies, crèches, douches etc...

De ce fait, de nouvelles prévisions budgétaires ont été élaborées tenant compte de ces constructions nouvelles. L'importance financière de cette opération a eu pour conséquence un nouveau bond des prévisions budgétaires pour 1973 puisqu'elles atteignaient, au 31 décembre 1972, plus de 700 Millions de francs cfa.

Au 1er mars 1973, seule la participation totale du département est connue. Elle s'élèvera pour l'année à 150 Millions répartis en plusieurs tranches.

La participation de la Caisse de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales est jusqu'alors inconnue : chaque organisme ayant pris très largement en charge la partie du budget propre à son objectif.

III - ADMINISTRATION ET PERSONNEL

Comme toute association privée régie par la loi de 1901, l'A.R.E.S.S. est administrée par un Conseil d'Administration permanent d'au moins 25 membres, comprenant des membres d'honneur, de droit et adhérents.

Un bureau, émanant de ce Conseil, est composé d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire, d'un Secrétaire adjoint, d'un Trésorier et d'un Trésorier adjoint, et assure le déroulement normal des activités de l'association.

A côté de ces responsables bénévoles, chargés de déterminer la politique générale et les programmes annuels d'activités, un certain nombre de personnes rémunérées par l'association assure l'exécution des décisions prises tant par

le bureau en ce qui concerne le fonctionnement que par le Conseil d'Administration pour les objectifs. Ce personnel administratif s'est étoffé au cours des trois années d'existence que compte maintenant l'association.

Au 1er janvier 1973, ce personnel se répartissait ainsi :

- 1 secrétaire administratif
- 1 secrétaire de Direction
- 1 secrétaire
- 1 dactylo
- 1 dactylo-comptable

A côté de ce personnel administratif, travaillant en permanence au siège social de l'association, un personnel technique, chargé plus spécialement des activités éducatives au niveau des différents secteurs de l'île, a été également recruté entre 1971 et 1973.

Au 1er janvier 1973, le personnel technique se répartissait ainsi :

- Trois assistants sociaux, dont un spécialisé en éducation sanitaire (E.N.S.P. de Rennes) sont responsables des activités éducatives sur trois des quatre secteurs de l'île (les secteurs géographiques sont calqués sur ceux des centres de prophylaxie) et collaborent aux activités pratiques de l'A.R.E.S.S.

- Quatre enquêteurs assurent, sur chacun des secteurs, la sensibilisation intensive des familles afin de les amener à participer activement à la construction de leur W.C.

- Trois infirmiers sont chargés, en collaboration étroite avec le Laboratoire départemental d'Epidémiologie et d'Hygiène du Milieu, de surveiller le déroulement d'une expérience de dépistage et de traitement des parasitoses sur trois zones-pilotes, parallèlement à une opération d'assainissement portant essentiellement sur la construction des W.C.

../..

- Afin de développer au maximum les activités éducatives au niveau de petites zones géographiquement isolées, l'A.R.E.S.S. prévoit le recrutement prochain d'animateurs locaux d'un niveau de culture générale équivalent au BAC, qui seraient chargés de l'animation générale et de l'éducation sanitaire suivie et régulière auprès de la population d'une ou plusieurs communes selon l'importance démographique de celles-ci.

- Enfin, parmi le personnel participent aux réalisations pratiques, signalons que depuis sa création, l'A.R.E.S.S. a recruté plus de 40 manoeuvres qui travaillent d'une façon permanente avec les équipes de prophylaxie à la pose des plaques de W.C dans les différents secteurs de l'île.

Toujours dans le cadre de l'opération "construction de W.C", quatre chauffeurs ont d'abord été embauchés pour les camions dont l'A.R.E.S.S. a doté les quatre secteurs de prophylaxie. Les camions sont chargés du ravitaillement des secteurs en matériaux de construction et du transport du personnel sur les différents chantiers.

Signalons enfin, en ce qui concerne l'administration et le personnel, qu'un projet de convention a été élaboré entre la D.D.A.S.S. et l'A.R.E.S.S. concernant exclusivement l'opération "construction w.c" à laquelle participent conjointement certains ouvriers de la prophylaxie et les manoeuvres recrutés à cet effet par l'A.R.E.S.S.

IV - A C T I V I T E S

1) Réunions d'information

La croissance très rapide du budget, au cours des trois années d'existence de l'association, traduit de façon claire l'évolution et la croissance, également très rapides, des différentes activités.

En 1970, le personnel technique se limitant à une seule personne (assistant social spécialisé), l'activité principale a été menée sous forme de réunions-discussions avec films et flanellographes dans les Centres de formation ménagère, les M.J.C et les Centres de colonies de vacances.

Pendant le premier semestre 1971, l'A.R.E.S.S. lança, avec le concours des enseignants, et par l'intermédiaire du vice-rectorat, une vaste enquête sur "l'hygiène de l'enfant à l'école", enquête dont les résultats firent l'objet d'une très large diffusion.

Afin d'obtenir la participation massive des enseignants à ce travail de recherche, d'observation, et de réflexion, et aussi afin de faire connaître l'A.R.E.S.S. à tous ceux et celles intéressés à un titre ou à un autre par l'éducation sanitaire, ainsi qu'aux responsables administratifs (tant au niveau départemental que communal), le président de l'association, accompagné de quelques membres du bureau et du personnel technique alors présent, a entrepris la tournée de toutes les communes de l'île en sollicitant à chaque fois la participation active et bénévole des personnalité locales.

Dès la fin de ces réunions d'information à l'échelon des responsables communaux, d'autres réunions s'instaurèrent au sein de chaque commune avec, pour objectif principal, l'information de la population en vue d'aboutir à court terme à des réalisations pratiques au niveau des habitations. Depuis cette date, grâce au recrutement régulier de personnel technique et à l'expérience acquise par ce personnel, ces réunions d'information publique n'ont fait que se développer et se multiplier.

Au 1er janvier 1973, on pouvait compter environ six à huit réunions par mois et par secteur, chaque réunion regroupant une moyenne de 50 personnes; l'A.R.E.S.S. touchant mensuellement 1 500 à 2 000 personnes.

../..

Les sujets abordés au cours de ces réunions sont des plus variés et traitent aussi bien des parasitoses que de l'hygiène de l'habitat, en passant par l'hygiène de l'eau, l'hygiène corporelle, les vaccinations, les accidents d'enfants à la maison etc...Il faut signaler que tous ces sujets sont présentés sous forme de séries de diapositives réalisées sur place par le personnel technique lui-même.

Dans chaque commune, l'A.R.E.S.S. s'efforce de susciter la création de Comités d'Hygiène, regroupant des responsables de professions diverses, pour qu'ils étudient les problèmes de leur commune et s'efforcent de proposer des solutions.

En effet, certaines améliorations sont peu coûteuses et peuvent rester du ressort de la commune; d'autres nécessitent de plus grands moyens. L'A.R.E.S.S peut alors user de son influence pour sensibiliser les pouvoirs publics et les responsables du département de l'urgence de certains problèmes.

2) Emissions radio

Dès le mois de janvier 1971, une équipe a été constituée en vue de réaliser, sur les antennes radio de l'O.R.T.F., une émission hebdomadaire intitulée "courrier médical". Au sein de cette équipe figure : la réalisatrice de l'émission, appartenant à l'O.R.T.F, une représentante de l'A.R.E.P, un ou plusieurs internes de l'hôpital d'enfants, un médecin de P.M.I et un représentant de l'A.R.E.S.S.

Ces émissions ont pour but d'informer le grand public du danger qui menace sa santé et surtout de lui indiquer les moyens qui lui permettront d'éviter les maladies et d'améliorer ses conditions de vie. Quelques titres permettront de se faire une idée des sujets qui ont pu être abordés au cours de ces années : "grossesse et accouchement", "alimentation de l'enfant", "vaccinations", "développement de l'enfant", "alcoolisme", "tuberculose", "éducation sexuelle", "maladies vénériennes" etc...

../..

Des sondages ayant mis en évidence l'intérêt que portait le public à ces émissions éducatives, l'A.R.E.S.S. a pensé, dès 1971, les rendre encore plus vivantes et attrayantes en doublant d'un feuilleton quotidien, relatant en quelques minutes un fait marquant de la vie d'une famille modeste réunionnaise; des petits conseils pratiques pouvant alors être glissés d'une façon simple dans la conversation.

Après une longue préparation et de nombreux contacts, cette nouvelle activité éducative a commencé en mai 1973, le Centre Réunionnais d'Animation Culturelle ayant accepté de faire participer bénévolement les personnes inscrites à son "atelier théâtre" pour la réalisation pratique de ce feuilleton.

3) Construction W.C

Très rapidement, il est apparu aux responsables administratifs et techniques de l'A.R.E.S.S. qu'il était impossible de faire une éducation en profondeur sans donner aux familles les plus nécessiteuses les moyens pratiques d'améliorer leurs conditions de vie.

Les conclusions sur les parasitoses présentées par le Professeur Larivière ont souligné tout l'intérêt que pouvait représenter, dans la lutte contre ce "fléau social réunionnais", la construction de w.c simples et correctement construits.

L'enquête préliminaire menée par les assistantes sociales du Professeur Larivière, tant dans les hôpitaux qu'auprès des familles, a, en effet, permis d'évaluer à plus de 90% le nombre d'enfants parasités, par un ou plusieurs sortes de vers, et à près de 30 000 le nombre de familles ne disposant d'aucune installation sanitaire ou disposant d'installation insuffisante.

C'est pourquoi, dès le début de 1971, un ingénieur sanitaire, M.GILBERT, Professeur à l'école de Santé de Rennes, a été envoyé à la Réunion afin d'étudier un type de w.c adapté au pays et répondant aux normes définies par l'O.M.S.

../..

Au cours de cette mission, des études pratiques ont été menées parallèlement avec l'Usine Bourbon Plastique pour la réalisation en série des plaques sanitaires devant recouvrir la fosse. Une première expérience a été lancée afin d'évaluer les qualités ou les défauts des premières plaques et aussi afin de définir la participation des familles dans cette opération. C'est ainsi que plusieurs modifications ont été apportées quant à la fabrication, la finition ou l'utilisation pratique de la plaque. Par ailleurs, si, au départ, la participation des familles se limitait au creusement de la fosse et à la construction de la cabine, on s'est vite rendu compte que cette participation devait également comprendre, là où la nature du terrain le rendait indispensable, l'empierrage de la fosse en moellons ou pierres artificielles. Depuis cette date, grâce à l'acquisition de nouvelles techniques, à l'embauche de nombreux manoeuvres, à l'achat de matériels techniques ou de transport, à une meilleure information du public, le nombre de w.c construits dans toute l'île n'a fait qu'augmenter régulièrement.

En effet, s'il n'a été construit que 700 w.c du 1er juin au 31 décembre 1971, le chiffre est passé à 116 pour le mois de janvier 1972 pour s'élever ensuite à 293 pour le mois d'août et culminer à 450 pour le seul mois de novembre 1972. Au total, on comptait au 31 décembre 1972, 3 132 w.c posés depuis le début de l'opération.

4) Zones-pilotes

Parallèlement à cette opération "construction w.c", une étude complémentaire a été menée et se poursuit encore sur quatre zones pilotes de l'île.

Cette étude, menée en collaboration étroite avec le Laboratoire d'Epidémiologie et d'Hygiène du Milieu, dirigé par le Dr.Picot, a pour but, dans un premier temps, d'assurer en ces zones le dépistage systématique des parasitoses intestinales chez tous les membres d'une famille disposant ou pas de w.c.

../..

Puis toutes les familles ne disposant pas d'installations sanitaires correctes ont été dotées d'un "w.c ARESS". Un nouveau dépistage était alors assuré et suivi immédiatement d'un traitement gratuit.

Ces différentes opérations sont renouvelées de façon régulière afin de se rendre compte des possibilités de réinfestation même après la construction et l'utilisation correcte des w.c pour toute la famille.

Les premières conclusions sont très intéressantes mais encore trop précoces, car une telle opération d'assainissement ne verra les résultats positifs que dans plusieurs années.

Le problème des traitements des diverses parasitoses n'est pas simple, car les thérapeutiques classiques sont souvent insuffisantes aux doses habituelles.

5) Crèches et garderies :

Le début de l'année 1973 a vu la réalisation des premières garderies d'enfants.

L'A.R.E.S.S. propose la réalisation de vingt garderies pour l'année 1973. Il s'agit de constructions économiques bien adaptées au pays, pouvant accueillir chacune 80 enfants. Leur implantation est fonction des besoins les plus urgents. La réalisation de ces haltes garderies permet de résoudre plusieurs problèmes :

1) Beaucoup de mères de famille pourront ainsi travailler et bon nombre d'aînés qui restent à la maison pour garder les jeunes pourront suivre une scolarisation plus normale.

2) Les enfants de 2 à 5 ans recevront là un début d'éducation par du personnel (auxiliaire de puériculture ou travailleuse familiale) qui sera conseillé et surveillé en partie par l'A.R.E.S.S. Ainsi préparés ils entreront en classe maternelle ou en cours préparatoire avec des chances meilleures.

../..

3) Nous avons vu comme le problème nutritionnel est encore très aigu à la Réunion. Le maximum de dénutrition se situe vers l'âge de 3 ans. Les enfants seront bien nourris pendant la journée sans être désinsérés du milieu familial qu'ils retrouveront chaque soir.

4) Parallèlement il sera possible d'entreprendre une éducation des familles.

Ces garderies seront gérées par les communes, par l'intermédiaire d'un Comité de Gestion, où seront représentées les familles, la D.D.A.S.S., la P.M.I, l'A.R.E.S.S. et la Caisse d'Allocations Familiales.

Les crèches sont basées sur le même principe que les garderies. Ce sont des constructions économiques dont l'implantation doit être judicieusement choisie pour toucher la population la plus défavorisée.

6) Douches

Il est apparu souhaitable de mettre au point rapidement des bâtiments de douche, de réalisation économique et d'utilisation mixte. Pourraient en profiter les enfants des écoles, les sportifs dans le cas où ces bâtiments pourront être construits à proximité des complexes sportifs, et la population à des horaires adaptés à son mode de vie.

On peut espérer voir ainsi diminuer le nombre des dermatoses à la Réunion (50 000 galeux environ à la Réunion !).

7) Récipients d'eau :

Nous avons vu combien le problème de l'eau se posait de façon aiguë à la Réunion. Le problème est tout à la fois quantitatif et qualitatif. Une étude très avancée a permis de mettre au point un type de récipients en plastique à usage familial pour stocker et désinfecter l'eau de boisson dans chaque maison.

../..

Ces récipients, d'une capacité de 50 litres, seront fabriqués une partie en Métropole, l'autre à la Réunion. Propriété de l'A.R.E.S.S., ils seront distribués aux familles mais jamais donnés. L'A.R.E.S.S. exige une participation des familles.

V - L'EFFORT INTERNATIONAL

Début novembre 1973, doit se tenir à la Réunion le "Séminaire de l'Océan Indien" sur le sujet : "Parasitoses intestinales, Assainissement du milieu, Santé de l'enfant".

Organisé par le Centre International de l'Enfance, et présidé par le Professeur Robert Debré, il regroupera des représentants des pays francophones voisins : Madagascar, Maurice, Les Seychelles, Les Comores ainsi que plusieurs experts du Centre International de l'Enfance et de l'O.M.S.

Ce séminaire sera suivi, après le séjour à la Réunion, de deux périodes de quinze jours de travail sur le terrain, respectivement à Madagascar et à Maurice.

../..

C O N C L U S I O N

Nous voudrions souligner la situation originale dans laquelle se trouve la Réunion sur le plan de l'éducation sanitaire et de l'assainissement du milieu.

En effet, nous sommes favorisés d'un côté par la possibilité de crédits assez importants, traduisant l'aide de la Métropole et la prise de conscience d'une partie des responsables.

Egalement favorable en de nombreux points, le Statut de département français qui permet de s'appuyer sur des structures déjà éprouvées dont on connaît, certes, les imperfections et les défauts, mais qui permet d'espérer, pour l'avenir, une certaine continuité dans l'action.

Par contre, des éléments défavorables viennent contrebalancer ces derniers éléments. L'insularité, la surpopulation, le niveau économique, ont créé une situation sanitaire telle qu'elle peut être comparée à celle de beaucoup de pays sous-développés moins bien équipés.

Le degré d'infestation parasitaire en est un témoin excellent.

L'éloignement de la Métropole n'est pas fait pour simplifier les choses, la plupart des Français de Métropole restant mal informés sur les problèmes de la Réunion.

Le rythme de changement de poste des fonctionnaires qui, pour la majorité, ne restent à la Réunion que deux ans, ne simplifie pas la tâche non plus. C'est pourquoi il est important d'avoir des programmes bien établis sur de nombreuses années.

../..

Cette dualité, qui fait de la Réunion une région à la fois privilégiée et défavorisée, a permis de commencer une action coordonnée d'assainissement du milieu et d'éducation sanitaire.

Nous avons vu que, malgré de nombreuses difficultés et déceptions, le bilan peut paraître positif. Mais il faut espérer que, peu à peu, se précise une plus large participation de la population à tous les niveaux, en particulier au niveau du corps médical qui devrait être le premier à défendre des méthodes adaptées à la situation actuelle.

Il ne faut pas perdre de vue, cependant, que la situation économique préoccupante et la démographie inquiétante dominent le fond du problème et que, s'ils ne sont pas abordés avec de très grands moyens, tous les efforts risquent de se trouver compromis.

o

o o

DALL

B I B L I O G R A P H I E

(1) - Etudions la Nutrition - F.A.O - Jean Ritchie, 1968, n°20.

(2) - Croix Sud du 7.2.1971 : "La Réunion 1946-1970"

(3) - "Réunion 69, une Colonie française" - Cercle Eliard Lande - Dossiers partisans -

(4) - Bulletin de Conjoncture, n°4, 1971 - Préfecture de la Réunion -

(5) - Résultats Statistiques du Recensement Général de la Population des D.O.M - Réunion - INSEE -

(6) - Croix Sud du 19.3.1972 : "Situation des fonctionnaires exerçant à la Réunion"

(7) - Croix Sud du 4.7.1971 : "La Formation des hommes à la Réunion"

(8) - Rapport de Mission sur les problèmes sanitaires liés aux parasitoses à la Réunion - B.Gilbert.

(9) - Rapport sur l'éducation sanitaire et sociale à l'école, 1971, A.R.E.S.S.

(10)- Thèse Jourdain, 1972.

(11)- Croix Sud du 27.2.1971 : "Le Régime de Sécurité Sociale à la Réunion"

(12)- Rapport d'activité 1969 de la C.G.S.S. de la Réunion.

(13)- Rapport de Mission sur les parasitoses intestinales dans l'Île de la Réunion - Professeur Larivière, 1969.

(14)- Travail non publié, réalisé en 1969 par le Docteur Turquet pour la Mission du Professeur Larivière, dans le Service de pédiatrie du C.H.D.

(15)- La Réunion face à l'avenir - Albert Ramassamy, 1973.

(16)- Elimination des maladies de carence - O.M.S, 1970.

(17)- "Développement intellectuel après les carences protidiques" Docteur Jay - Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile, 1972, 20 (3-4), pp.267 à 295.

(18)-Etudions la Nutrition - F.A.O. - Jean Ritchie, 1970, n°20.

(19)- A propos de 1522 déclarations de Tuberculose, 1965 - 1968, Docteur Sanvoisin.

(20)- Etude socio-économique de la Tuberculose à la Réunion - Thèse 1970, Richer.

(21)- L'Alcoolisme à la Réunion - Docteur Jay.

(22)- L'Epilepsie à la Réunion - Thèse 1972, Roger Vidal.

(23)- Rapports entre la nutrition et l'infection - O.M.S 1965 - Rapport technique n°314.

(24)- Rapport des activités de la DASS - Mayenne, 1970.

(25)- Causes de Décès dans les départements d'Outre-Mer en 1968 - INSEE.

(26)- Revue "Coopération Technique" - C.I.E, avril 1969, n°58.

(27)- Supplément au Bulletin de Statistiques n°21 - Enquête sur les loyers à Saint-Denis et la situation de l'emploi à la Réunion en 1967 - INSEE -

(28)- Delinquance et Alcoolisme à la Réunion - Docteur Jay - Bulletin de l'Union des Sociétés de Patronage de Sang, 1968.

../..

Bibliographie (suite)

Autres Sources

- Rapport DASS 1969 Réunion
- Rapport DASS 1970 Réunion
- Rapport DASS 1971 Réunion
- Annuaire Statistique de la Réunion 1965-1968 - INSEE -
- Histoire de la Réunion - André Scherer - Collection que Sais-je ? -
- La Réunion - Collection Richesses de France, n°45.
- La Réunion, département français.